



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA: DESENVOLVIMENTO E
AVALIAÇÃO DE UM SISTEMA DE ANÁLISE INTERACIONAL PARA
CONSULTAS PEDIÁTRICAS**

LÍLIAN MEIRE DE OLIVEIRA DE CRISTO

Brasília, abril 2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA: DESENVOLVIMENTO E
AVALIAÇÃO DE UM SISTEMA DE ANÁLISE INTERACIONAL PARA
CONSULTAS PEDIÁTRICAS**

LÍLIAN MEIRE DE OLIVEIRA DE CRISTO

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília como requisito parcial à
obtenção do título de Doutora em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de
concentração Psicologia da Saúde.**

ORIENTADORA: TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE ARAUJO

Brasília, abril 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Tese de doutorado aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Presidente

Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Dr. José Carlos Martins Córdoba – Membro titular

Núcleo de Onco-hematologia pediátrica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Prof^ª. Dr^ª. Dirce Bellezi Guilhem – Membro titular

Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Marília de Queiroz Dias Jácome – Membro titular

Faculdade de Ciências da Saúde - Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Queiroz – Membro titular

Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Ana Valéria Machado Mendonça – Membro suplente

Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Brasília, abril 2014

Agradecimentos

Há seis anos saí da casa da minha família, em Natal-RN, em busca de concretizar meu sonho de fazer mestrado e doutorado. Deixei para trás muitas coisas importantes para alcançar o título que conquistei com a conclusão desse trabalho. No entanto, não teria tido êxito sem a ajuda de pessoas que foram fundamentais durante minha caminhada na pós-graduação, são elas:

Obrigada à Deus, por ter me dado forças para transformar cada obstáculo em desafio, ter me dado saúde para vivenciar esses anos de muitos aprendizados e ter me dado sabedoria para aproveitar as oportunidades que eu tive de crescimento pessoal e profissional.

Obrigada ao meu marido Fábio, que foi minha maior inspiração durante todos esses anos. Esse título também é dele, pois mesmo quando tudo parecia não dar certo e o desânimo surgia, suas palavras, seu carinho e seu amor me erguiam e me motivavam a seguir em frente. Ele foi meu maior orientador e meu companheiro incansável. Seu amor é o presente mais importante da minha vida. Quero ficar com você para sempre.

Obrigada à minha mãe querida, Lucimar, que sempre tem palavras de apoio e carinho nos momentos mais difíceis, por saber sempre acalantar meu coração e por ter me presenteado com sua presença aqui em Brasília em vários momentos ao longo desses anos, sempre trazendo uma mala cheia de guloseimas da terrinha e muito amor. Obrigada também, à minha irmã Luciana, pela dedicação à nossa família e por sempre fazer com que cada visita em Natal fosse maravilhosa, com o capricho de seus jantares e sua preocupação eterna com meu bem-estar, e ao meu irmão Leandro e minha cunhada Juliana, que sempre me receberam com muito carinho, me brindando com momentos especiais que enchiam meu coração de alegria.

Obrigada à minha avó, que durante o doutorado foi morar no céu deixando muitas saudades, mas também muitas lembranças de momentos maravilhosos ao seu lado, de ensinamentos e conselhos para a vida toda. Às minhas tias, Graça e Magda, e meus primos, pelos encontros tão prazerosos em suas companhias.

Obrigada à minha sogra, Glória, por ser exemplo de força e dedicação, sempre disposta em nos ajudar em todos os aspectos com muito carinho. Meus cunhados, Fabiano, Liziane, Marcelo, Bina e Cris, pela torcida e confiança que depositaram em mim, e pela convivência harmoniosa que temos.

Obrigada ao Tio Anderson, Tia Arlete e seus filhos, pelo afeto que sempre teve conosco aqui em Brasília, nos fazendo se sentir em casa com aqueles almoços de domingos que nos enchiam de ternura.

Obrigada às minhas queridas amigas Maíra Negromonte, Pamela Staliano, Maria Auta, Juciléia Souza, Cristiane Decat, Marcela Abreu e Tatiana Camargo por compartilharem comigo momentos inesquecíveis a longo desse percurso acadêmico, em especial à Isabelle Chariglione, Carol Gobatto e Clarissa Dias pela amizade, pelo apoio e pelas discussões primorosas que me ajudaram na condução dessa pesquisa de doutorado.

Obrigada aos meus auxiliares de pesquisa, Eliane Gitahy, Juliana Cardoso, Luciana Silva, Lorena Abreu e Rúbiu Maranhão, pela seriedade e comprometimento que tiveram ao longo da realização dessa pesquisa. Sem o auxílio de vocês não conseguiria concretizar esse trabalho no tempo previsto. Tenho certeza que foram muitos aprendizados para todos nós.

Obrigada à minha orientadora Tereza Cristina, por ter me aceitado como orientanda e por ter concordado com a proposta desse trabalho. Foram seis anos de convivência em que obtive ensinamentos acadêmicos e pessoais que levarei por toda a vida.

Obrigada aos professores da banca José Carlos Córdoba, Dirce Guilhem e Marília Jacóme pela disponibilidade com que aceitaram participar deste estudo, trazendo contribuições valiosas para o aprimoramento do trabalho, em especial à professora Elizabeth Queiroz pela dedicação e esmero ao meu trabalho e pela postura sempre amorosa e atenciosa comigo durante esses seis anos.

Obrigada os professores Hartmut Günther e Isolda Günther pelo carinho, apoio e estímulo durante minha trajetória acadêmica. Nossos momentos de convivência não só me traziam valiosos conhecimentos profissionais, como ensinamentos pessoais. Obrigada também ao professor Pasquali pela atenção, prestatividade e disponibilidade com que me auxiliou em momento decisivo para finalização deste trabalho.

Obrigada aos professores e funcionários do Programa de Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde pela receptividade e atenção que concederam a mim durante todos esses anos na pós-graduação.

Obrigada aos responsáveis pelas instituições, às pediatras, aos pacientes e aos seus acompanhantes, pela receptividade e confiança com que me receberam, possibilitando a concretização deste trabalho. Obrigada pelos muitos aprendizados que obtive com cada um.

Obrigada à Capes pelo apoio financeiro concedido a esta pesquisa entre março de 2010 a fevereiro de 2014.

Resumo

A elaboração de instrumentos capazes de avaliar interações em saúde tem sido fundamental para a formulação de treinamentos e estratégias para a melhoria dos serviços de saúde. Entretanto, verifica-se a escassez de instrumentos formulados para avaliação de tríades, isto é, médico, paciente e acompanhante. Diante disso, essa tese elaborou e avaliou um Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) e adaptou um modelo teórico de comunicação em saúde da criança. Para atingir esse objetivo foram desenvolvidos três estudos. No Estudo 1, o SAIT foi elaborado e, posteriormente, avaliado por dois especialistas e cinco juízes. O SAIT avalia comportamentos verbais e não verbais relacionados a três aspectos que influenciam a comunicação: instrumentais, socioemocionais e contextuais. Esses aspectos são avaliados nos três momentos da consulta: 1) acolhimento e investigação da queixa; 2) exame físico e 3) formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico. No Estudo 2, esse sistema foi testado em duas consultas gravadas (uma no centro de saúde e outra no hospital), aferindo-se a sua validade e precisão para analisar consultas filmadas. As evidências de validade foram obtidas comparando os registros de quatro avaliadores (preditores) com a avaliação da pesquisadora (critério) - a partir da análise do coeficiente Kappa, comparando os acordos em relação à ocorrência ou não dos comportamentos listados no SAIT. Em oito comparações, foram encontrados seis estatisticamente significativas, sendo dois acordos justos, três acordos substanciais e uma concordância quase perfeita entre os avaliadores. As evidências de precisão foram obtidas por meio da comparação dos registros de frequência das interações e dos comportamentos, a partir do teste não-paramétrico Kruskal-Wallis. Conforme esperado, os resultados sugerem que, nas duas consultas, não houve diferenças significativas entre os quatro avaliadores no que tange aos registros das interações entre os participantes. No centro de saúde, ocorreram diferenças estatisticamente significativas em apenas quatro comportamentos (três no 1º momento e um no 3º momento) e no hospital, nenhuma diferença significativa foi encontrada. No Estudo 3 elaborou-se uma versão reduzida do SAIT, possibilitando sua utilização posterior em observações no próprio contexto de atendimento. Sua validade (análise de componentes principais) e precisão (consistência interna – Alfa de Cronbach e Lambda de Guttman) foram mais uma vez investigadas. Participaram 316 pessoas (140 pacientes, 141 acompanhantes e 35 pediatras) que responderam um questionário em que avaliavam cada comportamento do SAIT em uma escala tipo Likert (variando de 1 – não é importante – até 5 – muito importante). A análise de componentes principais indicou a existência de cinco componentes no SAIT e, em sua versão reduzida, as cargas fatoriais desses componentes foram acima de 0,46: aspectos instrumentais (8 itens, $\alpha = 0,82$), socioemocionais (8 itens, $\alpha = 0,70$), estrutura da consulta (3 itens, $\alpha = 0,74$), incentivo à participação (3 itens, $\alpha = 0,75$) e contexto do serviço de saúde (5 itens, $\alpha = 0,69$). A precisão das medidas foi avaliada como aceitável (α acima de 0,60) ou com alta confiabilidade (α acima de 0,80). Os resultados reforçam a validade e precisão do SAIT. A partir desses estudos foi proposta uma adaptação do modelo teórico de comunicação em saúde, utilizado na fundamentação teórica do SAIT, para um modelo de comunicação em saúde da criança, com especificidades para esse contexto. Recomendações éticas e práticas, assim como as possibilidades de uso e intervenção utilizando o SAIT são sugeridas. Espera-se que com o sistema elaborado e o modelo teórico finalizado, seja possível oferecer mais conhecimentos nessa área e melhorar a qualidade dos serviços de atendimento ao público pediátrico.

Palavras-chave: comunicação; paciente pediátrico; tríade; avaliação da comunicação.

Abstract

The development of instruments capable of assessing interactions in health care settings has been fundamental in the establishment training programs and strategies towards improving the delivery of health care services. However, there are scarce instruments that assess triads formed by doctor, patient and caregivers in such interactions. Therefore, this thesis developed and evaluated a System of Interactional Analysis for Triads (SAIT). To achieve its purpose, three studies were developed. In Study 1, the SAIT was prepared and subsequently evaluated by two experts and five judges. SAIT assesses verbal and nonverbal behaviors related to three aspects that influence communication: instrumental, socioemotional and contextual. These aspects are evaluated in three stages of consultation: 1) receiving and investigating complaints; 2) physical examination and 3) formulation of diagnosis and setting a treatment plan. In Study 2, the system was tested in two saved queries (one at a health center and another in a hospital), verifying validity and reliability for analyzing videotaped consultations. Evidence of validity was obtained by comparing the records of four evaluators (predictors) with the researcher's assessment (criteria). Coefficient of Kappa was used to compare the interrater agreements on the occurrence or not of the behaviors listed in the SAIT. In eight comparisons, six were found to be statistically significant, two showed fair agreement, three substantial agreement and an almost perfect agreement amongst evaluators. Evidence of reliability was obtained by comparing the records of interactions and behaviors from the Kruskal-Wallis nonparametric test. As expected, results suggest that, in both visits, there were no significant differences among the four evaluators in relation to records of interactions between participants. At the health center, only four behaviors presented statistically significant differences (three in a first moment and one in a third) and in the hospital, no significant difference was found. In Study 3 a reduced version of SAIT was elaborated, allowing its use in subsequent on site observations, such as context of consultations. Its validity (principal component analysis) and reliability (internal consistency - Cronbach's alpha and Guttman Lambda) were once again investigated. Participants totaled 316 people (140 patients, 141 caregivers and 35 pediatricians) who answered a questionnaire that evaluated each behavior in the SAIT on a Likert scale (ranging from 1 - not important - to 5 - very important). The principal component analysis indicated the existence of five components in the SAIT and, in its reduced version, the factor loadings of these components were above 0,46: instrumental behaviour (8 items, $\alpha = 0,82$), socioemotional aspects (8 items, $\alpha = 0,70$), structure of medical consultation (3 itens, $\alpha = 0,74$), encouraging participation (3 items, $\alpha = 0,75$) and context of the health service (5 items, $\alpha = 0,69$). Reliability of these measures was considered acceptable (α above 0,60) or with high reliability (α above 0,80). The results reinforce the validity and reliability of the SAIT. From these studies it was proposed an adaptation of the theoretical model of health communication, used in the theoretical foundation of the SAIT, to assess interactions with children. The theoretical model was adapted to become a model of health communication for children, with specific characteristics that fit into such context. Ethical and practical recommendations, as well as the range of the use and intervention using the SAIT are therefore suggested. It is expected that with the elaborate system and finalized theoretical model, it be possible to provide more knowledge in this area and improve the quality of service delivery to pediatric care.

Keywords: communication; pediatric patient; triad; communication assessment.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E MODELOS TEÓRICOS.....	21
1.1. Comunicação em saúde: conceitos e especificidades.....	21
1.2. Modelos de comunicação em saúde	25
CAPÍTULO 2 – AVALIAÇÃO DAS INTERAÇÕES EM SAÚDE POR OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO E EM CONTEXTO PEDIÁTRICO..	42
2.1. O estudo da observação do comportamento.....	42
2.2. Categorias comportamentais.....	45
2.3. O uso de vídeos na observação do comportamento.....	49
2.4. A comunicação não-verbal.....	51
CAPÍTULO 3 – ESTUDOS SOBRE A COMUNICAÇÃO EM CONSULTAS DIÁDICAS E TRIÁDICAS E ESTRUTURAÇÃO DA CONSULTA.....	58
3.1. Comunicação em consultas diádicas (médico-paciente).....	58
3.2. Limitações e perspectivas para os estudos sobre análise da comunicação em consultas diádicas.....	66
3.3. Comunicação em consultas triádicas (médico - paciente pediátrico - acompanhante).....	73
3.4. Limitações e perspectivas para os estudos sobre análise da comunicação em consultas triádicas.....	80
3.5. Estrutura da consulta.....	85
CAPÍTULO 4 – DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.....	91
4.1. Objetivos.....	91

4.2. Procedimentos éticos.....	93
4.3. Estudo 1.....	94
4.3.1. Método.....	94
4.3.2. Resultados	101
4. 3.3. Discussão.....	110
4.4. Estudo 2.....	112
4.4.1. Método.....	112
4.4.2. Resultados.....	116
4.4.3. Discussão.....	131
4.5. Estudo 3.....	136
4.5.1. Método.....	136
4.5.2. Resultados.....	142
4.5.3. Discussão.....	153
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
5.1 Utilizações do SAIT em pesquisas e intervenções.....	163
5.2. Outras possíveis utilizações do SAIT.....	168
REFERÊNCIAS.....	170
ANEXOS.....	184
ANEXO A – Categorias para a construção do sistema de análise da interação para triádes.....	185
ANEXO B - Categorias do RIAS.....	187
ANEXO C – Categorias elaboradas na pesquisa Pinto (2010).....	188
ANEXO D - Descrição das categorias do sistema de análise interacional para triádes...	189

ANEXO E - Questionário para versão breve do sistema de análise interacional para tríade.....	198
ANEXO F - Escala de resposta do questionário.....	214
ANEXO G - Versão completa do SAIT.....	215
ANEXO H - Versão breve do SAIT.....	221

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Comparação da Abordagem Linear versus Transacional.....	23
Figura 2. Modelo de Comunicação Shannon-Weaver	26
Figura 3. Modelo SMCR de Comunicação.....	27
Figura 4. Modelo Reflexivo de Leary.....	28
Figura 5. Modelo Terapêutico de Comunicação em Ambientes de Saúde.....	30
Figura 6. Modelo de Crenças em Saúde.....	31
Figura 7. Modelo de Interação. Uma Aproximação do Processo de Comunicação entre Enfermeiros e Pacientes.....	33
Figura 8. Modelo de Comunicação em Saúde	38
Figura 9. Scree Plot do Questionário para Avaliar o Sistema de Análise Interacional para Tríades	143
Tabela 1. Resumo dos Modelos de Comunicação.....	41
Tabela 2. Resumo dos Principais Instrumentos de Avaliação da Comunicação.....	81
Tabela 3. Descrição Metodológica das Fases da Pesquisa.....	92
Tabela 4. Sistema de Análise Interacional para Tríades - 1º Momento: Acolhimento e Investigação da Queixa.....	102
Tabela 5. Sistema de Análise Interacional para Tríades - 2º Momento: Exame Físico.....	105
Tabela 6. Sistema de Análise Interacional para Tríades - 3º Momento: Formulação do Diagnóstico e Elaboração do Plano Terapêutico.....	108
Tabela 7. Avaliação da Concordância entre os Avaliadores e a Pesquisadora.....	117
Tabela 8. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação às Interações na Consulta 1.....	119

Tabela 9. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação às Interações na Consulta 2.....	120
Tabela 10. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 1 no Momento de Acolhimento e Investigação da Queixa..	121
Tabela 11. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 2 no Momento de Acolhimento e Investigação da Queixa..	123
Tabela 12. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 1 no Momento do Exame Físico.....	124
Tabela 13. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 2 no Momento do Exame Físico.....	126
Tabela 14. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 1 no Momento da Formulação do Diagnóstico e Elaboração do Plano Terapêutico.....	128
Tabela 15. Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 2 no Momento da Formulação do Diagnóstico e Elaboração do Plano Terapêutico.....	129
Tabela 16. Componente 1. Aspectos Instrumentais.....	145
Tabela 17. Componente 2. Aspectos Socioemocionais.....	147
Tabela 18. Componente 3. Estrutura da Consulta.....	148
Tabela 19. Componente 4. Incentivo à Participação.....	149
Tabela 20. Componente 5. Aspectos Contextuais do Serviço de Saúde.....	150
Tabela 21. Versão Breve do Sistema de Análise Interacional para Tríades- SAIT.....	152

INTRODUÇÃO

Antônio, pai de Paulo de 8 anos de idade, procurou atendimento médico para seu filho, que apresentava crise de tosse há seis dias, nariz com muita coriza e febre. Após o atendimento, os dois deixaram o hospital com a receita da medicação na mão e muitas dúvidas acerca do diagnóstico e de como seguir as orientações repassadas pela médica: evitar ambientes com poeira e cheiros fortes e melhorar a alimentação de Paulo. Antônio está desempregado há dois anos, faz trabalhos esporádicos de pintura de painéis com tinta spray e ambos moravam em uma casa com chão de barro, localizada às margens de uma das maiores vias de entrada da cidade. Será que essa consulta auxiliou na resolução do problema de saúde desse paciente? E como essa consulta poderia ter sido diferente? O estabelecimento de uma comunicação contextualizada à realidade dos participantes seria um elemento fundamental para modificar essa realidade. Infelizmente essa é uma situação ainda muito encontrada ainda nos dias atuais.

O estabelecimento de uma efetiva comunicação acarreta ganhos para todos os envolvidos na consulta. Por um lado melhora a compreensão dos profissionais sobre os sintomas, dúvidas e preocupações de seus pacientes e, por outro, possibilita que esses últimos consigam compreender melhor as instruções e informações dos profissionais, promovendo assim, maior adesão às terapêuticas. Como consequência dessa importância, o interesse pela análise da interação entre os envolvidos na consulta médica se refletiu no aumento do número de instrumentos desenvolvidos para avaliar a comunicação médico-paciente, com a finalidade de se propor treinamentos e intervenções eficazes para adquirir ou manter a qualidade dos serviços.

O desenvolvimento da abordagem centrada no paciente, a exigência de respeito para se tomar decisões compartilhadas e a necessidade do consentimento livre e esclarecido provocou uma mudança nos papéis dos participantes nas consultas médicas. Como resultado, a natureza da relação médico-paciente evoluiu de uma forma muito assimétrica para uma relação um pouco mais igualitária, e cada vez mais tem sido reforçada a importância da participação e da autonomia do paciente ao longo dos anos. Pode-se supor que essas mudanças também afetaram a interação na tríade profissional-criança-acompanhante, no entanto as mudanças ainda precisam ser mais efetivas, pois as crianças ainda são, em muitas unidades de saúde, excluídas pelos médicos e por seus pais. Isso ocorre mesmo sabendo-se que a comunicação mais direta entre o médico e a criança contribui para um melhor relacionamento em termos de satisfação e conformidade, assim como, promove uma melhor experiência em saúde.

As pesquisas sobre comunicação em saúde, bem como os métodos para avaliar as interações em consulta, são desenvolvidas com foco nos médicos e pacientes. A construção de sistemas interacionais auxilia a organizar por taxonomia as informações coletadas por meio de observação direta (*in loco*) – que fornece um *feedback* mais rápido para treinamentos –, ou por gravação de áudio e imagens – que tem a vantagem de permitir analisar novamente os dados sempre que necessário, facilitando o entendimento da situação de interação (Boon & Stewart, 1998; Inui & Carter, 1985; Roter & Hall, 2006).

Poucas pesquisas e instrumentos observacionais são direcionados para ambientes de saúde que realizam atendimentos com crianças. Isso ocorre em função da presença de três participantes (paciente, acompanhante e profissional de saúde) presentes no contexto e que não só modificam a comunicação, como aumenta a complexidade em estudar, descrever e avaliar a interação. No entanto, pelas características específicas da interação triádica, não é

viável estudá-la a partir dos conhecimentos de uma consulta diádica ou utilizar metodologia observacional criada para avaliar a interação apenas entre duas pessoas. Por esses motivos, é indispensável que se desenvolvam mais pesquisas nessa área, bem como a criação de instrumental específico para esse contexto, uma vez que o respeito às suas necessidades e à sua participação na consulta têm sido imprescindíveis para alcançar a melhor adesão do paciente, melhores estratégias de enfrentamento por parte desse e de seu acompanhante, recuperações mais rápidas diante de uma maior compreensão acerca de sua situação de saúde, ou seja, bons resultados em saúde.

Quanto à pesquisa apresentada nesta tese, é importante esclarecer que o interesse da pesquisadora em questão pelos processos de avaliação da comunicação em saúde, no contexto de consultas pediátricas, surgiu a partir de suas experiências profissionais nesse campo específico, assim como de inquietações suscitadas durante sua trajetória acadêmica, mais especificamente no curso da realização de seu mestrado. Nesse, o foco recaiu sobre a avaliação do processo de comunicação de consultas pediátricas em dois âmbitos assistenciais diferentes: na assistência primária (um centro de saúde) e na assistência terciária (um hospital). Na etapa de coleta de dados, muitas dificuldades foram enfrentadas pela ausência de um instrumento que pudesse auxiliar nas avaliações sobre a comunicação por meio de metodologia observacional. Pesquisas foram realizadas no contexto nacional e internacional, e não se encontrou nenhum instrumento que avaliasse as interações entre tríades no contexto pediátrico e que considerasse aspectos instrumentais, afetivos e contextuais desse ambiente de interação.

Diante desse cenário, para efetivar o objetivo do mestrado, realizou-se inicialmente uma observação com registro cursivo dos comportamentos observados *in loco*; posteriormente, houve a coleta de alguns indicadores prévios da literatura para compor as

categorias comportamentais utilizadas para analisar as imagens. Essas categorias foram finalizadas com a repetida análise das gravações obtidas, inicialmente com o fim de descrever cada comportamento; após, com o fim de revisar se algum comportamento havia passado despercebido e, por último, para registrar sua frequência. Todo o processo, que consumiu bastante tempo e se deu de forma exaustiva, poderia ter sido concretizado de forma mais rápida e prática se houvesse um instrumento padronizado para auxiliar a avaliação da comunicação no contexto de consulta.

Diante de tais motivações e preocupações, propôs-se uma pesquisa norteada pelas seguintes questões:

- 1) Como elaborar um sistema de análise interacional que consiga auxiliar na avaliação da comunicação no contexto de consultas pediátricas?
- 2) Quais os aspectos contextuais, instrumentais e socioemocionais que devem nortear uma consulta com qualidade no contexto pediátrico e que estariam presentes no sistema elaborado de análise interacional?
- 3) Que indicadores dos três aspectos apontados acima seriam suficientes para se alcançar uma avaliação satisfatória da interação entre pacientes, acompanhantes e pediatras nos ambientes em saúde?
- 4) Seria possível elaborar um sistema de análise interacional para avaliações de consultas que fosse utilizado também em observações naturais (*in loco*) durante os atendimentos com as crianças?
- 5) Como estruturar um modelo teórico de comunicação em consultas pediátricas que retrate de forma diagramada como ocorre a interação nesse ambiente?

- 6) Que elementos deveriam caracterizar esse modelo teórico, para que representasse de forma conceitual e metodológica uma comunicação de qualidade em consultas pediátricas?

Nesse sentido, esta pesquisa se justifica no plano científico pela perspectiva de produzir conhecimentos, auxiliando na realização de outras pesquisas com crianças em situações que englobem interações em saúde, dado que o sistema elaborado pode facilitar a avaliação da comunicação tanto em consultas pediátricas gerais como com outros profissionais de saúde – consultas com odontólogos infantis ou com fisioterapeutas que trabalhem com crianças, por exemplo.

No plano teórico, o modelo estruturado possibilitará um melhor entendimento do processo de comunicação em consultas pediátricas. Pretende-se, também, disponibilizar subsídios metodológicos para o avanço na área de elaboração de instrumentos de observação.

No plano social, a expectativa é de que os conhecimentos produzidos permitam melhorar a qualidade dos serviços destinados ao público pediátrico, colaborando para uma interação criança-acompanhante-médico mais efetiva e satisfatória para todos os envolvidos.

No plano profissional, as informações podem ajudar os psicólogos e demais profissionais da área da saúde a utilizarem o sistema elaborado de maneira a identificarem rapidamente as demandas a serem trabalhadas junto às equipes de saúde.

Com a finalidade de alcançar as contribuições propostas, a presente tese tem o objetivo geral de elaborar e validar um sistema de análise interacional para médico, paciente pediátrico e acompanhante (tríade) em consultas pediátricas e adaptar um modelo teórico de comunicação em saúde da criança.

Mais especificamente, planeja-se elaborar um sistema de análise interacional para tríades; testar esse sistema, verificando sua validade e precisão por meio de observações de gravações de áudio e imagem das consultas; elaborar uma versão abreviada desse sistema, para que possa ser usada *in loco* nas consultas pediátricas e propor uma modificação no modelo de comunicação de Northouse e Northouse (1992), incluindo os aspectos específicos de uma comunicação no contexto de consulta pediátrica.

A tese está organizada em cinco capítulos. *No primeiro*, sugere-se a delimitação teórico-conceitual da comunicação, ressaltando as diferentes formas de comunicação e discutindo-se os modelos teóricos que compõem o processo de comunicação e os aspectos que o influenciam.

No segundo capítulo, diante dos desafios envolvidos na realização de pesquisas em situação de interação natural em saúde, são definidos os embasamentos teóricos e metodológicos para estudos de observação do comportamento, do uso de vídeo para facilitar as análises do material obtido. Discute-se também a importância dos comportamentos não verbais para compreender o processo de comunicação.

O terceiro capítulo propõe a discussão sobre pesquisas que abordaram a comunicação em consultas com díades (pacientes e médicos) e com tríades (pacientes pediátricos, médicos e acompanhantes). Primeiramente são evidenciados os estudos com díades, depois as limitações desses estudos. A seguir, são abordadas as pesquisas com tríades e as lacunas ainda existentes nesse tema, para, por fim, discorrer-se sobre a estrutura das consultas.

O delineamento da investigação é descrito e discutido no *quarto capítulo*. Inicialmente são detalhados os objetivos gerais e específicos e em seguida, são apresentados

os procedimentos éticos e metodológicos adotados para a condução dos Estudos 1, 2 e 3 e também os resultados e a discussão de cada estudo da tese.

No *quinto capítulo* são discutidas as conclusões gerais sobre os três estudos, assim como as possibilidades de manuseio do instrumento construído. Abordam-se ainda as intervenções que poderão surgir a partir do uso do sistema elaborado.

Por último, são citadas as *referências* que embasaram esta tese. Apresentam-se também os *anexos* com o fluxograma da pesquisa de campo, os aspectos instrumentais, socioemocionais e contextuais do sistema elaborado, as categorias de dois instrumentos da literatura, o sistema de análise interacional para tríades e sua versão breve, os questionários e seu cartão de resposta, sendo esses quatro últimos construídos durante a pesquisa realizada no doutorado, presente nesta tese.

CAPÍTULO 1

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E MODELOS TEÓRICOS

Neste primeiro capítulo, propõe-se uma delimitação teórico-conceitual da comunicação, destacando-se diferentes formas de como esse processo se configura em ambientes de saúde. Em seguida, abordam-se os modelos teóricos que compõem a comunicação em contextos de saúde. São apontados, ainda, ao longo do capítulo os aspectos que interferem, assim como, influenciam o estabelecimento da comunicação em seus mais diversos âmbitos.

1.1. Comunicação em saúde: conceitos e especificidades

A comunicação é um processo complexo e multifacetado. Embora a palavra comunicação seja usada frequentemente, de forma geral, para descrever variedades de eventos, na realidade a comunicação é um termo que se refere a um processo de identificação que tem características específicas (Cristo & Araujo, 2011).

As muitas definições existentes de comunicação remetem ao fato de que existem diferentes tipos de comunicações. Desta forma, realiza-se uma breve discussão sobre a comunicação estabelecida nas relações humanas e a comunicação em saúde.

Desde 1940, muitas definições têm sido usadas por pesquisadores para capturar um significado preciso do fenômeno chamado comunicação. Comumente para muitas dessas definições a ideia é que comunicação envolve a transferência de informações entre emissor e receptor. Além disso, muitas definições sugerem que a comunicação exige que os significados sejam compartilhados entre a fonte e o receptor com base em um conjunto comum de regras. Por exemplo, um psicólogo e um enfermeiro que irão trabalhar juntos para

melhorar a qualidade de vida de um paciente, precisam possuir um entendimento similar sobre o significado de qualidade de vida. Desta forma, a comunicação pode ser definida como o processo de compartilhamento de informações usando um conjunto de regras comuns aos envolvidos na interação (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006).

Na psicologia, a comunicação é definida pelo processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que essas mensagens exercem influências nos comportamentos das pessoas envolvidas através de um campo de interações (Cosnier, 1994).

A comunicação em saúde, por sua vez, se preocupa com a forma como os indivíduos lidam com questões relacionadas à saúde. As interações, para citar algumas de suas características, podem ser verbais ou não verbais, orais ou escritas, pessoais ou impessoais. Em geral, a comunicação em saúde se preocupa com a aplicação de conceitos e teorias da comunicação nas interações que ocorrem entre indivíduos e questões relacionadas à saúde (Kreps & Thornton, 1984; Northouse & Northouse, 1992).

Há alguns consensos relacionados ao processo de comunicação: de que ela é processual, transacional e multidimensional. A visão de processo ocorre em crítica aos que pensam que a comunicação nas relações humanas é linear, ou seja, ocorre em uma direção, com uma pessoa influenciando diretamente a outra através do uso de mensagens específicas, mas a interação entre duas pessoas durante a comunicação é dinâmica e contínua (ver Figura 1).

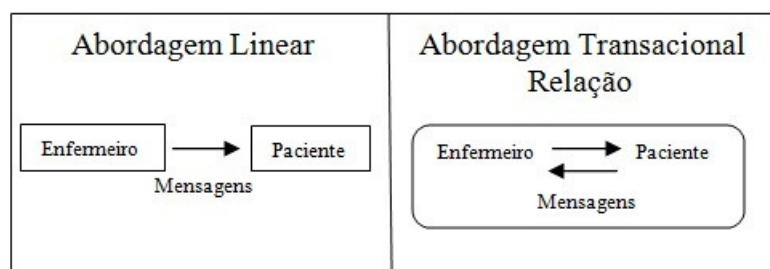


Figura 1. Comparação da Abordagem Linear versus Transacional (Northouse & Northouse, 1992).

O segundo consenso complementa a primeira, pois além de processual, a comunicação é transacional, ou seja, tanto o emissor quanto o receptor influenciam um ao outro durante a comunicação, mesmo que este emissor não verbalize uma só palavra, mas modifique expressões faciais ou posturas corporais, ou ainda, que características do ambiente em que eles estão se modifique. Desta forma, há inúmeras variáveis que podem ocorrer no evento que vão modificar a comunicação estabelecida e para se estudar a comunicação como um processo transacional, se faz necessário colocar ênfase não apenas nas características individuais dos participantes da comunicação, mas no comportamento comunicacional dos indivíduos em relação, isto é, na forma como ele se expressa utilizando o não verbal e verbal (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006).

No que se refere à característica multidimensional, essa é composta, pelo menos, por duas dimensões, caracterizada pelo conteúdo e pela relação. A dimensão do conteúdo da comunicação diz respeito às palavras, linguagens e informações da mensagem e a dimensão da relação se refere a como cada participante é percebido pelo outro na interação. Como exemplo, ao pedir ao paciente que tome uma determinada medicação, a comunicação estabelecida pela dimensão do conteúdo diz respeito à informação “tomar a medicação”, a dimensão relacional se refere à maneira como a enfermeira e o paciente estão em relação - a autoridade da enfermeira em comparação ao paciente, a atitude da enfermeira frente ao

paciente, a atitude do paciente em comparação à enfermeira e seus sentimentos sobre o outro. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde reconheçam que as relações que eles desenvolvem com os pacientes e com outros profissionais de saúde influenciam significativamente a eficácia da sua comunicação interpessoal (Ray & Donohew, 1990).

A comunicação em saúde pode ser permeada por aspectos contextuais, instrumentais e socioemocionais. O contexto é o ambiente físico em que a comunicação se realiza e este pode afetar de forma benéfica ou prejudicial o estabelecimento da comunicação, por exemplo, o contexto de um consultório tranquilo de uma clínica médica difere do contexto de uma sala de espera de um atendimento de urgência em um hospital. Os componentes do contexto que afetam a comunicação são: localização, tempo, luz, temperatura, distância entre os comunicadores, sons no ambiente, estrutura física de móveis e objetos do ambiente; movimentação e fala de pessoas que estão fora do foco de comunicação, entre outros.

Os aspectos instrumentais são comportamentos que estruturam grande parte das comunicações na área da saúde e possuem sua importância por conseguirem produzir conteúdos informacionais que possibilitarão ao profissional e/ou paciente adquirir conhecimentos imprescindíveis para modificar comportamentos ou tomar decisões em prol de se alcançar os resultados esperados em saúde, exemplos: solicitar informações, fornecer orientações e instruções, parafrasear, repetir perguntas, perguntar com questões abertas ou fechadas e aconselhar. As trocas socioemocionais, por sua vez, são comportamentos que ajudam a manter ou extinguir a comunicação, seja estimulando ou não a emissão de comunicações, como por exemplo: rir, mostrar aprovação, fazer elogios, dar apoio, ter empatia, mostrar desaprovação e fazer críticas (Carter, Inui, Kukull, & Haigh, 1982; Lewis, Pantell, & Sharp, 1991; Roter & Hall, 2006).

Em suma, os aspectos comentados anteriormente compõem a comunicação que ocorre nos contextos de saúde e os modelos, elaborados desde a década de 1940, foram criados englobando alguns desses elementos. A seguir discutem-se os modelos de comunicação na área das relações humanas, e mais especificamente, os modelos de comunicação em saúde.

1.2. Modelos de comunicação em saúde

Na tentativa de facilitar a compreensão do processo comunicacional, pesquisadores construíram muitos modelos teóricos. Os modelos são primariamente diagramas de figuras e palavras, que tentam impor um padrão para um processo que é complexo e multidimensional. Entretanto, alguns modelos criados possuem suas falhas porque tentam representar eventos multifacetados de uma forma simplificada, e os modelos elaborados geralmente não conseguem incluir todos os elementos que eles deveriam representar, acabando por selecionar alguns atributos e excluir outros (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006).

Na área da comunicação nas relações humanas, existem três modelos que são mais utilizados e discutidos na literatura, o modelo de Shannon-Weaver, o modelo de SMCR (iniciais dos quatro componentes que compõe a comunicação em inglês: *source, message, channel e receiver*) e o modelo de Leary. O primeiro modelo, desenvolvido por Shannon e Weaver (1949), representa a comunicação como um sistema em que uma fonte seleciona uma informação que é codificada em uma mensagem (Figura 2). Essa mensagem é transmitida através de um canal para um receptor, esse interpreta (decodifica) a mensagem e a envia para seu destino. Uma característica única desse modelo é o conceito de ruído, entendido como fatores que influenciam ou perturbam a mensagem enquanto ela está sendo

transferida ao longo do canal, ou seja, perfazendo o caminho da origem para o destino. O ruído muda o significado de uma mensagem e pode se referir a qualquer distúrbio, como um som estranho ao ambiente, distorções perceptivas ou interpretações psicológicas errôneas. A força desse modelo é a maneira uniforme em que é descrito o canal de comunicação da mensagem, indo da fonte para o receptor. Uma limitação, no entanto, é que ele não mostra a relação transacional entre a fonte e o receptor. Como o modelo é linear, isso implica que a comunicação é um evento “one-way”.

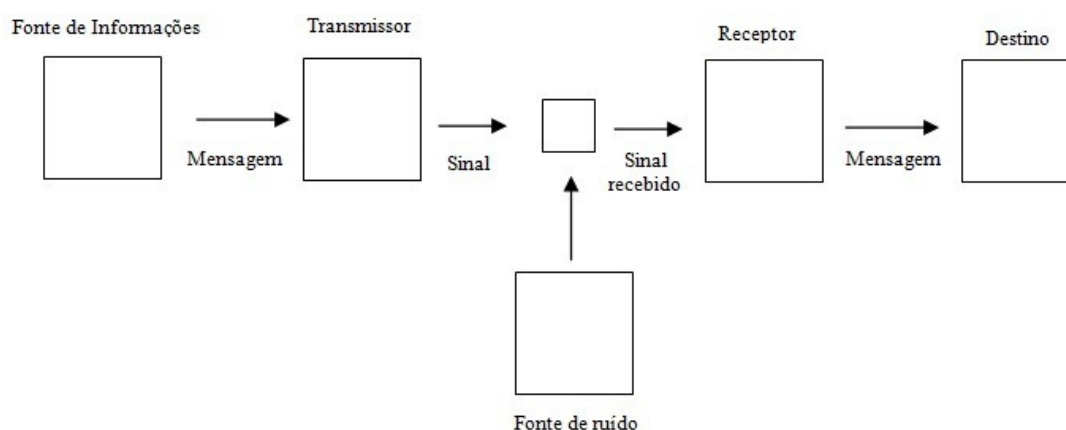


Figura 2. Modelo de Comunicação Shannon-Weaver (Northouse & Northouse, 1992).

O segundo modelo, SMCR, representa a comunicação como um processo que ocorre baseado nas habilidades do emissor, como atitudes, conhecimento e sistema sociocultural (ver Figura 3). Esse modelo foi apresentado por Berlo (1960) em seu livro acerca do processo de comunicação e é chamado por esse nome porque são as iniciais dos quatro componentes principais do modelo que se interligam: fonte (*source*), mensagem (*message*), canal (*channel*) e receptor (*receiver*). As mensagens possuem elementos exclusivos como estrutura, conteúdo, tratamento e códigos e são transmitidas ao longo de diferentes canais, como ver, ouvir, tocar, cheirar, degustar, entre outros. Por sua vez, o receptor interpreta mensagens com base nas suas próprias habilidades de comunicação, influenciadas por suas

atitudes, conhecimentos e sistemas socioculturais. O que torna o modelo forte é a concepção de complexidade e processualidade da comunicação. O limite do modelo é que ele omite o fator *feedback* e não ilustra a função do processo de comunicação. Se esse modelo fosse aplicado a uma interação ocorrida no setor de saúde, permitiria ver os muitos fatores que influenciariam a comunicação de um cliente, como suas atitudes e suas experiências socioculturais. Da mesma forma, esse modelo poderia ajudar a explicar como a experiência profissional e o aperfeiçoamento de uma educação contínua pode afetar a comunicação profissional-profissional, mas devido a sua limitação se torna menos útil para destacar como o *feedback* influencia o diálogo deste processo de comunicação (Berlo, 1960).

Source	Message	Channel	Receiver
Habilidades de Comunicação Atitudes Conhecimento Sistema Social Cultura	Elementos Estrutura Conteúdo Tratamento Código	Visão Audição Toque Cheiro Paladar	Habilidades de comunicação Atitudes Conhecimento Sistema social Cultura

Figura 3. Modelo SMCR de comunicação (Northouse & Northouse, 1992).

O terceiro e último modelo difere muito dos anteriores. Foi elaborado por Leary em meados de 1950 e tem recebido considerável atenção, ainda, nos dias de hoje. Esse modelo é transacional e multidimensional, ou seja, ressalta que a comunicação nas relações humanas é um processo que inclui duas ou mais pessoas e que os indivíduos influenciam e são influenciados uns pelos outros. Em outras palavras, o modelo apresenta uma concepção de que nos comportamos de uma forma diferente com cada pessoa e de acordo com a situação de interação em que estamos inseridos. Segundo esse modelo, a comunicação pode ser vista como ocorrendo em duas dimensões: dominação-submissão e amor-ódio. Dessa forma, se você age de forma dominante, acaba influenciando o outro a agir de forma submissa ou se o

outro age de forma autoritária, você agirá de forma submissa. De forma distinta, se você age de forma amável acaba fazendo esse outro ser um pouco mais caloroso e se age de forma hostil acaba induzindo agressividade no outro. Esse modelo é facilmente compreendido em contextos de saúde, pois se percebe com frequência que pacientes agem de forma submissa e profissionais de saúde de forma dominante. No entanto, tendências atuais de consumo estão causando uma mudança no equilíbrio de poder entre profissionais e pacientes e como esses se tornam mais assertivos em matéria de cuidados de saúde, os profissionais estão abandonando, cada vez mais, comportamentos de autoridade. O aspecto mais positivo do modelo é a forma transacional na qual ele descreve essas questões de poder e afiliação em interações humanas. Para entender a nossa comunicação com os outros, precisamos olhar para as qualidades que cada um traz para a interação (Leary, 1950).

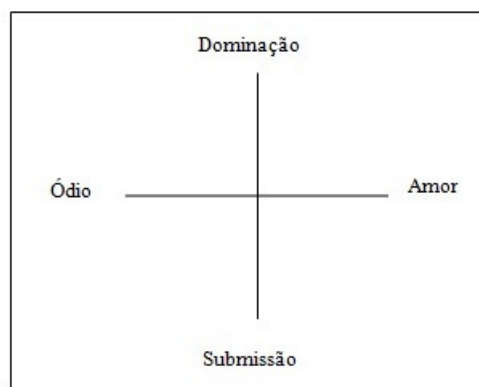


Figura 4. Modelo reflexivo de Leary (Northouse & Northouse, 1992).

Em relação ao ambiente da saúde, há alguns modelos de comunicação que exploram o comportamento humano no que se refere às questões de saúde e doença. Os modelos criados nesses *settings* possuem a intenção de não só reportar os elementos comuns de comunicação, mas maximizar os resultados de saúde. Há muitos modelos criados para esse contexto de saúde, mas quatro são os mais utilizados e foram escolhidos por proporcionar uma ênfase diferente nos cuidados de saúde e ter uma relação direta com a comunicação. Os

modelos são: 1) modelo terapêutico; 2) modelo de crenças em saúde; 3) modelo de interação em saúde e o 4) modelo de sistemas de comunicação (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990; Roter & Hall, 2006).

O primeiro modelo enfatiza o importante papel que a relação entre profissionais e pacientes/clientes tem para desempenhar a mudança de comportamento e dar apoio para que esses últimos se afastem das doenças e alcancem a saúde. A comunicação terapêutica pode ser definida como uma habilidade que ajuda as pessoas a superarem o estresse temporário, a conviver com outras pessoas para se ajustarem às situações inalteráveis e para superarem bloqueios psicológicos que se interpõem no caminho da autorrealização. Embora a comunicação terapêutica pareça ser um termo que descreve a comunicação em configurações tradicionais psicoterapêuticas, também descreve a comunicação entre profissionais e pacientes em contextos de cuidados de saúde (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990).

Dentre os modelos com o enfoque terapêutico, o modelo de Rogers (1951) é um dos mais utilizados em contextos de consulta e o que melhor explora a relação de cuidados em saúde dessa abordagem (ver Figura 5). Rogers acredita que, se um profissional comunica-se com compreensão, honestidade e atenção com o paciente, ele vai ajudar para que o paciente se ajuste de uma forma saudável para a circunstância vivenciada. Nesse modelo rogeriano, o foco é centrado no paciente e o profissional é encorajado a se comunicar com comportamentos que expressem empatia, consideração positiva e congruência. Esses três comportamentos juntos, abarcam as condições necessárias para ajudar o paciente com sucesso, fazendo-o se sentir mais compreendido e tornando-o mais capaz de lidar com sua doença (Lambert et al., 1997). A empatia no processo de comunicação faz os pacientes/clientes se sentirem compreendidos, como se o profissional compartilhasse com

ele suas angústias e sensações. Ter consideração positiva é apoiar o paciente de uma forma atenciosa e sem julgamento, é realizar a comunicação genuína, não ameaçadora e incondicional. Comunicar congruência envolve a expressão honesta de pensamentos e sentimentos próprios do profissional, exigindo que esse responda honestamente para o paciente e tente ser real na relação entre os dois (Rogers, 1951).



Figura 5. Modelo Terapêutico de comunicação em ambientes de saúde (Northouse & Northouse, 1992).

O segundo modelo é chamado de crenças em saúde e foi formulado por Rosenstock (1974). É um modelo mais amplo, mais complexo, com diferentes focos, frequentemente utilizado em ambientes de cuidados em saúde, pois tem uma forte ênfase dada para a percepção do cliente/paciente. Desde seu surgimento em 1950 esse modelo tem sido utilizado em muitas pesquisas e foi concebido para explicar a natureza de ações preventivas individuais de saúde. É reconhecido como uma das mais influentes teorias sócio-psicológicas formuladas para explicar como os indivíduos saudáveis procuram evitar doenças.

O modelo de crenças em saúde é composto de três grandes elementos: 1) a percepção do indivíduo de suscetibilidade e gravidade da doença; 2) a percepção do indivíduo dos benefícios e barreiras para realizar uma ação para prevenir doenças e 3) indícios que ajudem a compreender como o indivíduo se envolve em uma atividade preventiva de saúde (Figura 6). No modelo são adicionadas também variáveis sócio-psicológicas e demográficas que podem modificar direta ou indiretamente a percepção do indivíduo e suas crenças. De forma

geral, o modelo é elaborado para prever a probabilidade de um indivíduo adotar um comportamento saudável em particular a partir de sua percepção de ameaça ou benefício (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990).

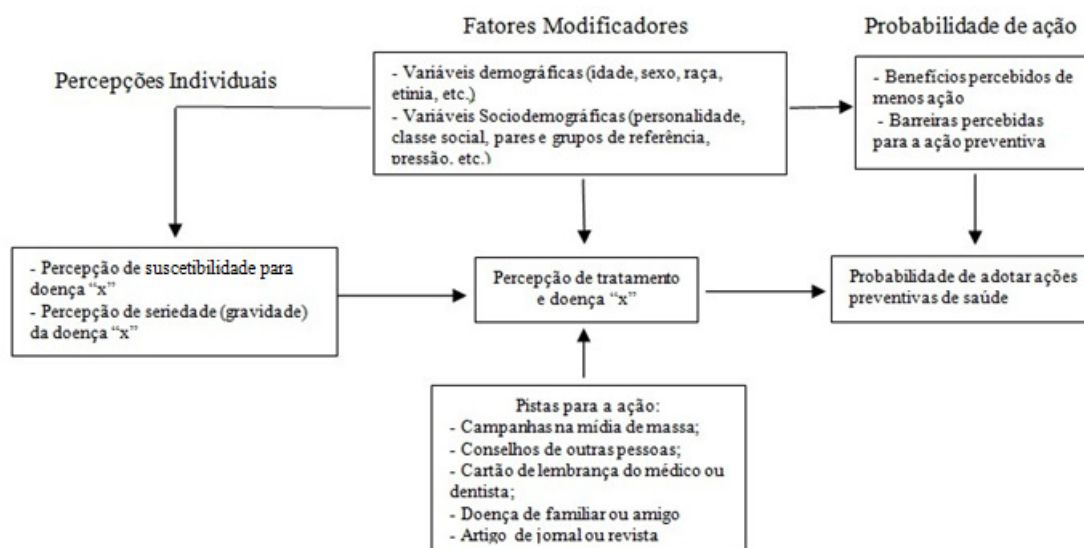


Figura 6. Modelo de crenças em saúde (Northouse & Northouse, 1992).

Muitos aspectos do modelo de crenças em saúde envolvem a comunicação, mas dois aspectos são centrados especificamente nessa temática. Os primeiros elementos são as pistas para a ação, que incluem campanhas na mídia, conselhos de outras pessoas, artigos em jornais e mensagens de vários canais, todos estes tipos de comunicações são essenciais para fazer os indivíduos se motivarem para adotar medidas que promovam saúde e reduzam riscos. O segundo fator, que é relevante para o processo de comunicação em saúde, inclui fatores modificadores como as variáveis sociodemográficas (personalidade e classe social). Autores, como Becker e Maiman (1975) e Roter e Hall (2006) ressaltam que uma série de estudos demonstram que o comportamento em conformidade com as orientações médicas está associado à comunicação estabelecida durante a interação profissional-paciente. Foi percebido, também, que a não adesão ao tratamento pelo paciente, estava relacionada aos padrões de comunicação do profissional ditos como formais, rígidos, controladores e com

atitudes de discordância para com o paciente. Dessa forma, a comunicação causa um impacto na adoção (ou não) de comportamentos saudáveis pelo paciente.

O modelo apresenta contribuições e algumas limitações. Como aspecto positivo ele ilustra a importância de modos mais amplos de comunicação, como o uso de meios de divulgação em massa e também ressalta que a percepção e as crenças dos pacientes podem ser alteradas para melhorar a adoção de comportamentos saudáveis. Mas, o modelo tem sido criticado por colocar muita ênfase no abstrato, em crenças conceituais. De forma geral, esse modelo destaca as percepções dos pacientes em relação às medidas de cuidados preventivos de saúde, em vez da natureza transacional da interação profissional-paciente na promoção de cuidados de saúde (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990; Roter & Hall, 2006).

O terceiro modelo de comunicação relacionado à saúde aqui apresentado é o modelo de interação de King (1971, 1981) que dá uma forte ênfase na comunicação entre enfermeiros e pacientes e tem sido considerado, também, um importante modelo para o entendimento da comunicação em saúde (Figura 7). A autora usa a perspectiva de um sistema para descrever como profissionais de saúde, mais especificamente enfermeiros, auxiliam os pacientes a manterem sua saúde. O modelo conceitual discute as inter-relações entre os sistemas pessoal, interpessoal e social. Cada um destes sistemas está descrito pela autora, mas é dada uma ênfase particular para o sistema interpessoal de cuidado em saúde.

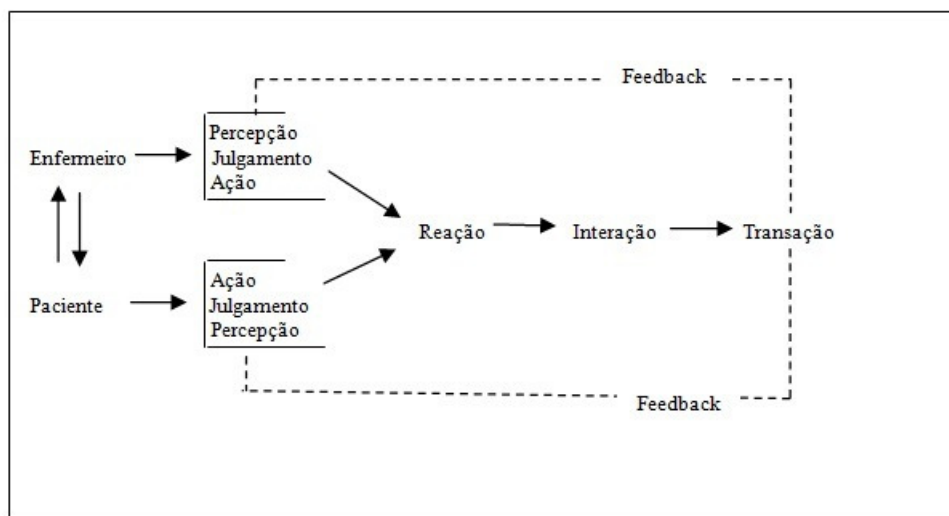


Figura 7. Modelo de Interação. Uma aproximação do processo de comunicação entre enfermeiros e pacientes (Northouse & Northouse, 1992).

Esse modelo sugere que na interação entre enfermeiro e paciente, tanto o enfermeiro quanto o paciente simultaneamente fazem julgamentos sobre suas circunstâncias e sobre o outro, baseados em suas percepções da situação. São julgamentos, conduzidos por ações verbais e não verbais que estimulam reações nos enfermeiros e pacientes. Nesse ponto, outras percepções são estabelecidas e o processo se repete. A interação é vista como um processo dinâmico que inclui interações recíprocas entre as percepções, os julgamentos e ações dos enfermeiros e dos pacientes. O aspecto transacional se dá como resultado das interações recíprocas estabelecidas entre os dois e como eles participam em conjunto na determinação mútua relacionada com as metas de saúde. O modelo representa de maneira similar os modelos formulados por teóricos da comunicação, sendo relacionado ao ambiente da saúde e englobando importantes dimensões que são identificadas como cruciais para o processo de comunicação: relacional, processual e transacional. Além disso, o ciclo de *feedback* no modelo também indica a importância do significado compartilhado entre o enfermeiro e o paciente. A limitação do modelo é que não há uma apresentação clara, no

diagrama, de como as relações interpessoais são afetadas por fatores situacionais, nem como relações interpessoais estão relacionadas com comportamentos de saúde do paciente.

Os modelos anteriormente apresentados fornecem uma fundamentação para se compreender o quarto modelo, que é um modelo específico de comunicação em saúde apresentado por Northouse e Northouse (1992) e denominado modelo de comunicação em saúde. Segundo os autores, esse modelo tem uma visão mais ampla de sistemas de comunicação e enfatiza a maneira pela qual uma série de fatores podem impactar as interações nos ambientes de cuidados em saúde. O modelo da Figura 8 ilustra os três maiores fatores da comunicação em saúde: a relação, a transação e o contexto.

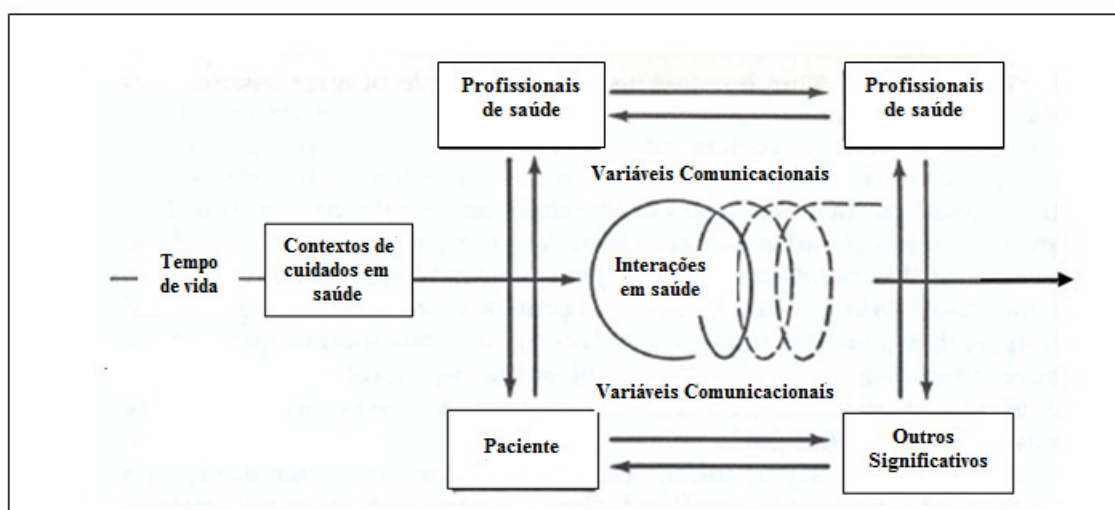


Figura 8. Modelo de comunicação em saúde Northouse e Northouse (1992)

O fator relação é composto por quatro grandes tipos de relações que existem nos ambientes de cuidados em saúde: profissional-profissional; profissional-paciente; profissional-outro (pessoa que seja importante para o paciente e esteja inserida na relação); paciente-outro. Essas relações podem influenciar outros tipos de relações no ambiente de saúde, por exemplo, o jeito como os profissionais de saúde se comunicam entre si, pode afetar a interação dos profissionais com o paciente. Por sua vez, a maneira como o paciente

reage com pessoas de seu ciclo social pode influenciar depois a interação dele com os profissionais de saúde (Northouse & Northouse, 1992).

O termo profissional de saúde é usado pelos autores para designar pessoas que possuem formação, treinamento e experiência para fornecer cuidados em saúde para outros, sendo incluídos os médicos, enfermeiros, administradores de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos da saúde, farmacêuticos e outros especialistas. Cada profissional de saúde traz características, crenças, valores e percepções únicas para os serviços de saúde, que podem afetar como eles interagem com seus clientes e com os outros da equipe (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006).

Pacientes são indivíduos para quem os serviços de saúde estão sendo prestados e o modelo engloba as características, valores e crenças que esses indivíduos levam para os ambientes de assistência em saúde e que influenciam sua relação com os outros. As pessoas denominadas “outros significativos para o paciente” são definidas como aquelas que dão apoio essencial para o paciente manter sua saúde e incluem mães, pais, irmãos, cônjuges, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas conectadas de forma significativa à vida da pessoa e que tende a acompanhar este indivíduo quando ele faz uso dos serviços de saúde (Northouse & Northouse, 1992). Geralmente os profissionais de saúde não têm dado a devida importância ao papel desempenhado por familiares e outras pessoas significativas para a melhora da saúde da pessoa doente, e esse “outro significativo” foi incluído no modelo, porque os autores acreditam que essas pessoas são participantes essenciais no processo de comunicação em saúde.

A transação é o segundo elemento da comunicação em saúde e se refere às interações relacionadas com a saúde que ocorrem entre os participantes no processo de comunicação. As transações envolvem algumas interações entre indivíduos sobre informações relacionadas

à saúde e que incluem comunicações verbais e não verbais. As trocas de informações em saúde se tornam efetivas quando o verbal e o não verbal são compatíveis entre si e incluem tanto o conteúdo como a relação da mensagem. A dimensão do conteúdo se relaciona à forma como o paciente procura atingir e manter a saúde ao longo de um tempo e a dimensão da relação influencia como o conteúdo das mensagens devem ser interpretados. As transações em saúde são representadas por um círculo a partir da qual um espiral sem fim emerge demonstrando que a natureza das transações não é estática, e sim um processo dinâmico que ocorre em vários momentos ao longo do curso de vida de uma pessoa. Isso inclui um *feedback* contínuo, permitindo aos participantes ajustarem e reajustarem sua comunicação, pois nas transações em saúde há constantes movimentos, mudanças e alterações na mensagem. No topo e ao fundo do modelo estão as variáveis comunicacionais que influenciam os participantes e suas mensagens (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990).

Nesse modelo, o terceiro maior elemento do processo de comunicação em saúde é o contexto, o cenário no qual a comunicação ocorre em saúde e as propriedades sistêmicas dessas configurações. O contexto, na realidade, tem uma grande influência na comunicação entre profissionais, pacientes, familiares e outras pessoas envolvidas no processo. A comunicação em saúde pode ser afetada especificamente pelo ambiente em que ocorrem os cuidados em saúde, como os hospitais, os quartos dos hospitais, clínicas, consultórios médicos, sala de espera e outros. Como exemplo, tem-se uma unidade de terapia intensiva, em que o ambiente é permeado por um ritmo acelerado de trabalho e com pouca privacidade, ao contrário de um consultório em que o ritmo de atendimento é menos intenso e há mais privacidade. As mudanças que incidem nos ambientes dizem respeito à dinâmica

que ocorre dentro de cada contexto, ao número de pessoas inseridas nele, podendo ser díades, tríades, pequenos grupos ou outros.

A perspectiva ampla do modelo permite compreender a complexidade da comunicação em saúde. Embora não haja uma descrição específica sobre a importância de mensagens, canais ou características do emissor, Northouse e Northouse (1992) propõem que esses aspectos sejam mais investigados. O foco do modelo é ressaltar que os diversos fatores contextuais e relacionais afetam de forma incisiva as ações e comportamentos em saúde.

Em relação às variáveis que podem afetar a comunicação em saúde, os autores, Northouse e Northouse (1992) destacam como principais: a empatia, o controle, a confiança, a autorevelação e a confirmação.

No que tange à empatia, essa é o processo de observar o mundo do ponto de vista do outro. Através da empatia pacientes se sentem compreendidos, aceitos e sentem que eles têm um senso de controle sobre suas circunstâncias. Para os profissionais, a empatia aumenta a precisão da comunicação e reduz mal-entendidos que prejudicam a assistência em saúde. Corroborando com a importância desse aspecto para a interação. Na pesquisa realizada por Steinhäuser et al. (2014) com 127 pacientes, verificou-se que os pacientes que tinham mais empatia pelos seus médicos, apresentavam percepções mais positivas acerca dos resultados de seus tratamentos e de sua reabilitação.

O controle é intrínseco da interação humana e possui dois tipos, o relacional e o pessoal. Quando as pessoas sentem que podem influenciar as circunstâncias que cercam suas vidas, elas possuem um controle pessoal e na área da saúde é importante que exista esse controle, tornando o paciente autônomo. Já o controle relacional é o processo pelo qual os indivíduos compartilham influências com outros indivíduos dentro da relação. Há três tipos

de relações que podem ser estabelecidas dentro do controle relacional: complementar, simétrica e paralela. A vontade de adaptar suas próprias necessidades de controle para as necessidades dos outros é a chave para a construção de relações produtivas. A efetiva relação profissional-profissional e profissional-paciente deve ser baseada em controles compartilhados.

A confiança está presente na relação quando o indivíduo sente que ele pode depender do outro. Quando o paciente é capaz de confiar nos profissionais de saúde e esses são competentes e atenciosos, influenciam a capacidade dos pacientes enfrentarem seus medos e as incertezas das doenças de uma melhor forma. Nas relações entre os profissionais e entre esses e seus pacientes, a construção da confiança exige uma comunicação individual com algumas características específicas: descritiva e não valorativa; orientação ao problema ao invés de controle orientado; espontânea, em vez de estratégica; empática e não neutra; igual ao invés de superior; e provisória, no lugar de certa (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006).

A variável autorevelação é um processo em que um indivíduo comunica informações pessoais, pensamentos e sentimentos para os outros. Quando apresentada de forma adequada, a autorevelação tem muitos benefícios para pacientes e profissionais e se não houver este informe ou ele for feito em circunstâncias inapropriadas, pode ser mal-adaptativa. Nos ambientes de cuidados de saúde, muitos fatores tornam difícil para ambos, pacientes e profissionais, expressarem esses conteúdos. No entanto, é importante que as organizações de cuidados de saúde promovam oportunidades não só para que seus pacientes falem sobre suas emoções, mas que os profissionais tenham um espaço e uma assistência para verbalizem sobre si, seus pensamentos e sentimentos (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990; Roter & Hall, 2006).

E por último, a confirmação refere-se à comunicação que permite que as pessoas se sintam valorizadas mais plenamente como seres humanos únicos. Comunicando de forma confirmativa, os profissionais de saúde ajudam seus pacientes a lidarem com sentimentos de despersonalização, alienação e rejeição. Respostas confirmatórias, quando adequadas, mostram aos outros o reconhecimento direto, o acordo sobre o conteúdo, apoio, esclarecimento e expressão de sentimentos positivos. As respostas com discordâncias, quando emitidas sem uma razão clara, são impermeáveis, interruptivas, irrelevantes, tangenciais, impessoais, incoerentes e incongruentes. Profissionais necessitam de confirmação de outros profissionais, tanto como pacientes necessitam de confirmação por parte dos profissionais (Northouse & Northouse, 1992; Ray & Donohew, 1990; Ruiz-Moral, 2007).

Essas cinco variáveis descrevem diferentes componentes do processo complexo de comunicação em saúde. Se observadas essas variáveis tanto da perspectiva do paciente quanto do ponto de vista do profissional, é possível entender mais esse processo e melhorar a comunicação que ocorre em contextos de cuidados de saúde.

Pelas discussões apresentadas acima, percebe-se que há muitos autores e disciplinas que se dedicam a estudar os processos comunicacionais a partir de seus conhecimentos e a falta de um modelo que integre essas disciplinas científicas que estudam a comunicação dificulta a estruturação de uma definição comum a todas as áreas (Araujo, 2009; Arora, 2003; Barbosa & Araujo, 2006; Cristo & Araujo, 2011; Inui & Carter, 1985; Kaplan, 1997; Marks, Murray, Evans, & Willing, 2004; Martins & Araujo, 2008; Mendonça, 2007; Weaver, 2003).

Segundo Cosnier (1994), a comunicação possui três características principais: a) tem multicanais, ou seja, ocorre por trocas verbais e não verbais que se complementam para

constituir a interação; b) é multifuncional, define os papéis assumidos durante a interação, além de organizá-la e coordená-la e c) é contextual, sendo influenciada pela situação em que ocorre, pelo participante, pelo local, e pela função da interação. Nessa pesquisa de doutoramento a compreensão de comunicação partirá dessa definição e se baseará também no modelo de comunicação de saúde trazido por Northouse e Northouse (1992).

Em suma, foram discutidos alguns dos modelos teóricos existentes na literatura de comunicação na área da saúde e a título de revisão segue Tabela 1 que tem como pretensão evidenciar os pontos fortes e as limitações de cada modelo no que se refere ao foco desse estudo, ou seja, avaliar a comunicação em contextos de saúde com tríades.

Tabela 1
Resumo dos Modelos de Comunicação

Nome	Autor	Força do Modelo	Limitações
Modelo de Shannon-Weaver	Shannon e Weaver (1949)	Maneira uniforme em que é descrito o canal de comunicação da mensagem.	Não concebe a relação transacional entre a fonte e o receptor.
Modelo de SMCR	Berlo (1960)	Concepção de complexidade da comunicação. Esta é tratada como um processo e não como um evento estático.	Omite o fator <i>feedback</i> da comunicação e não ilustra a função do processo de comunicação.
Modelo de Leary	Leary (1950)	Forma transacional na qual são descritas as questões de poder e afiliação em interações humanas. Concepção de entendimento da comunicação a partir de um olhar voltado para as qualidades que ambas as pessoas trazem para a interação.	Tendências atuais de consumo estão causando uma mudança no equilíbrio de poder entre profissionais e pacientes. O modelo perde a força diante de relações mais igualitárias em saúde.
Modelo terapêutico	Carl Rogers (1951)	Ressalta que a comunicação pode ajudar o paciente a ter sucesso, fazendo-o se sentir mais compreendido e tornando-o mais capaz de lidar com sua doença.	Não concebe a comunicação como processo transacional e não cita outros fatores que interferem na comunicação, como o contexto.
Modelo de crenças em saúde	Rosenstocks (1974)	Ilustra a importância de modos mais amplos de comunicação, como o uso de meios de divulgação em massa e ressalta que a percepção e as crenças dos pacientes podem modificar a adoção de comportamentos saudáveis.	Coloca muita ênfase em crenças conceituais. Não destaca a natureza transacional da interação profissional-paciente na promoção de cuidados de saúde.
Modelo de interação em saúde	King (1971, 1981)	O aspecto transacional ocorre como resultado das interações recíprocas entre o enfermeiro e o paciente e como eles participam em conjunto na determinação mútua relacionada com as metas de saúde. O ciclo de <i>feedback</i> indica a importância do significado compartilhado entre os participantes.	Não há uma apresentação clara, no diagrama, de como as relações interpessoais são afetadas por fatores situacionais, nem como relações interpessoais estão relacionadas com comportamentos de saúde do paciente.
Modelo específico de comunicação em saúde	Northouse e Northouse (1992)	A perspectiva ampla do modelo permite compreender a complexidade da comunicação em saúde. O foco do modelo é ressaltar que os diversos fatores contextuais e relacionais afetam de forma incisiva as ações e comportamentos em saúde.	Não há uma descrição específica sobre a importância de mensagens, canais ou características do emissor, os autores propõem que estes aspectos sejam mais estudados.

CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO DAS INTERAÇÕES EM SAÚDE POR OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO E EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Tendo em vista os desafios envolvidos na condução de investigações que avaliem as interações em saúde, se faz necessária uma discussão sobre a observação em situação de interação natural em saúde, definindo os aspectos inerentes ao fundamento teórico e às diretrizes metodológicas para se realizar estudos de observação do comportamento, particularmente no contexto pediátrico. São incluídas, ainda, argumentações sobre a relevância dos comportamentos não verbais no processo de comunicação, por intensificar ou contradizer os comportamentos verbais nas relações em saúde.

2.1. O estudo da observação do comportamento

A observação naturalística é concebida como uma coleta de dados por meio de cuidadosa observação de eventos que ocorrem em seus ambientes naturais. Já a concepção de métodos observacionais inclui qualquer procedimento e/ou técnica utilizada em pesquisa não experimental com a intenção de favorecer a observação precisa de eventos. Na análise do comportamento aplicada, a atenção é dirigida para examinar os comportamentos que são socialmente relevantes e não apenas aqueles convenientes para o estudo. A estratégia metodológica da análise do comportamento se foca em estudar a importância das mudanças comportamentais. Outras abordagens, no entanto, se preocupam com o antes e o depois à realização da intervenção experimental (Batista, 2010; Kreppner, 2011).

Em se tratando da metodologia de coleta de dados, autores estabelecem procedimentos para a condução de estudos descritivos de campo, incluindo as seguintes considerações: a) especificação da situação em que o estudo é conduzido – a situação deve ser definida em termos do ambiente físico e social e dos eventos observáveis que ocorrem nele, buscando-se o mínimo de variações na situação ao longo do estudo; b) definição de eventos comportamentais e ambientais em termos observáveis – a escolha deve ser derivada de estudos preliminares a partir dos quais se constrói um código observacional, que consiste em itens definidos e seus símbolos; c) mensuração da precisão do observador – é apresentado o cálculo do acordo entre os observadores (número de acordos dividido pela soma dos acordos e desacordos) e propõe procedimentos para evitar a ocorrência de desacordos e d) procedimentos para coleta, análise e interpretação de dados – é sugerido que a coleta de dados deve ser realizada em intervalos regulares, que a análise consista da transformação dos dados de modo a facilitar a visualização das relações entre eventos e que a interpretação se limite a conceitos empíricos e relações consistentes com as observações e análises efetuadas (Bijou, Peterson, & Ault, 1968).

Hinde (1981) ressalta que o comportamento se apresenta em uma complexa sucessão de eventos no tempo, sendo preciso dividi-los em unidades para possibilitar sua descrição e classificação. As unidades devem ser delimitadas a partir de pontos de transição, ou seja, de fenômenos que se distinguem por sua forma e pelos resultados a partir do fenômeno imediatamente precedente (Cunha, 1976).

Uma vez dividido o fluxo de eventos comportamentais em unidade, é preciso agrupá-las em categorias, de acordo com propriedades comuns que as caracterizam, e

em seguida defini-las (Danna & Matos, 2006). Apresentam-se, a seguir, algumas regras para a definição de categorias de comportamentos explicitadas por seus autores:

- a) A definição deve indicar aquelas propriedades que distinguem uma categoria comportamental de outras categorias. Deve especificar uma ou mais regras gerais que explicitem essas propriedades, demarcando os limites do que deve ser incluído ou excluído da categoria (Cooper, Heron, & Heward, 2007);
- b) A definição deve ser objetiva, referindo-se a comportamentos observáveis tão explicitamente quanto possível (Cooper et al., 2007; Danna & Matos, 2006). Não deve conter inferência, interpretação ou finalismo (Cunha, 1976);
- c) A definição deve ser clara, evitando-se a linguagem ambígua (Cooper et al., 2007; Danna & Matos, 2006). Diz-se que um termo é ambíguo quando tem dois significados distintos e o contexto não esclarece qual dos dois está sendo utilizado (Cunha, 1976);
- d) A definição não deve ser circular, ou seja, o termo a ser definido, ou um sinônimo dele, não pode figurar no grupo de elocuções destinadas a esclarecer o significado desse termo (Cunha, 1976; Danna & Matos, 2006);
- e) A definição deve apontar um referencial de comparação quando utilizar um adjetivo sem significado absoluto, tal como largo, alto, pequeno, etc. (Batista, 2010);
- f) A definição pode incluir alguns exemplos, especificamente de inclusões e exclusões difíceis de julgar (Cooper et al., 2007);
- g) A definição deve especificar o critério para delimitação de unidades, de modo a permitir a contagem (Batista, 2010).

De acordo com Cunha (1976), uma vez definida a categoria comportamental, deve-se atribuir-lhe um nome que evoque a definição da categoria em termos de aspectos observáveis, reduzindo a possibilidade de se atribuir à categoria outros significados que não aqueles que determinaram sua criação. A seguir são discutidas as especificidades e os cuidados necessários para a elaboração de categorias comportamentais na elaboração de instrumentos de avaliação observacional.

2.2. Categorias comportamentais

As categorias comportamentais são estruturadas por um conjunto denominado catálogo comportamental, que é utilizado em determinado estudo de acordo com seu objetivo principal. Um catálogo procura descrever de forma completa e sistemática o repertório comportamental dos sujeitos observados, no que se refere ao objetivo do estudo em questão, podendo ser incluídas também as circunstâncias com que cada categoria foi observada (Batista, 2010; Danna & Matos, 2006).

Autores apontam alguns problemas e princípios que podem ser encontrados na elaboração de um catálogo de categorias. Como exemplo, é necessário que se adote certos cuidados na definição de categorias, não elegendo uma muito ampla e que não tenha demonstrado uma unicidade. A sugestão em caso de dúvidas é separar os comportamentos em diferentes categorias, pois depois é mais fácil juntar do que tentar separar algo que precocemente foi agrupado. Sendo assim, deve-se evitar criar as categorias “resumidoras”, tendo-se o cuidado de que as categorias sejam mutuamente excludentes e que os membros da categoria sejam equivalentes (Batista, 2010; Cooper et al., 2007; Danna & Matos, 2006).

Outra indicação é que um catálogo de categorias permita diferentes níveis de análise do fenômeno, do mais superficial para o mais denso, ou seja, é recomendável a elaboração de uma categoria mais ampla que contenha subcategorias. A experiência prévia do pesquisador é que dá subsídios para a habilidade na elaboração de categorias, tanto durante a observação quanto na análise. Após elaboração das categorias é importante que o pesquisador discuta com outros pesquisadores mais experientes. Cunha (1976), Danna e Matos (2006) e Kreppner (2011) ressaltam dois critérios para testar a adequação das categorias: 1) precisão e validade – diferentes pesquisadores desenvolvem categorias idênticas ou semelhantes, e uma descrição minuciosa da categoria permitirá que outro observador a registre e obtenha um alto grau de concordância e 2) utilidade na análise – a ocorrência da categoria deve estar correlacionada com outros eventos ou mostrar distinções entre grupos pré-selecionados de sujeitos. Em categorias residuais agrupam-se comportamentos irrelevantes, no entanto, essa categoria não pode conter muitos e diferentes comportamentos, pois isso indica problemas nas análises (Batista, 2010; Kreppner, 2011).

O estudo realizado por Batista (1980) apresenta a construção de um catálogo com generalidade e foi elaborado observando-se pais e filhos em situação de refeição. Elaboraram-se 123 verbos definidos e uma relação de termos da oração que devem ser registrados quando utilizados cada um desses verbos, exemplo: quando usado o verbo abaixar foi descrito ainda até onde o objeto foi abaixado.

A especificação e a descrição das circunstâncias em que ocorre o comportamento podem ser encontradas entre os aspectos: a) do ambiente – mudanças imediatas que ocorrem no ambiente e se correlacionam com o comportamento; b) do organismo – o estágio de desenvolvimento em que se encontra a condição presente de

seus órgãos, a postura do corpo e c) de seu comportamento – comportamentos que antecedem ou precedem o comportamento observado diante de situações similares ou mesmo diferentes da observada (Cunha, 1976; Danna & Matos, 2006).

No estudo observacional em situação natural, só é possível estudar diretamente as circunstâncias que se referem a ambiente, organismo e comportamento, na medida em que puderem ser observadas sem contato físico com o indivíduo observado, utilizando-se da entrevista para obter dados que não são passíveis de se conhecer pela observação, como idade e história clínica (Batista, 2010).

Em atendimentos com criança, especificamente, a metodologia observacional foi usada durante muitos anos como única ferramenta para categorizar e catalogar não só seu desenvolvimento, como sua interação com o mundo social. Isso ocorria por se acreditar que a criança não era capaz de verbalizar adequadamente para participar de pesquisas, e por isso, suas percepções e necessidades eram investigadas por meio do discurso do adulto. A literatura indica que para as crianças menores de seis anos, a utilização de técnicas de observação do comportamento é fundamental, pois em muitos casos, a criança não tem desenvolvido todo o aparato linguístico social que facilita a coleta de informações verbais, no entanto com crianças mais velhas, a partir de seis anos, o ideal é utilizar de metodologia observacional articulada com outras técnicas, como a entrevista (Campos, 2008; Rocha, 2008; Van Dulmen, 2004).

Há diferentes técnicas de registro de comportamento, os registros automáticos, os registros de mensuração direta de produtos permanentes e os registros de observação. Esse último, foco desta pesquisa de doutoramento, ocorre quando são registrados da forma como ocorrem os comportamentos observados por um humano (Danna & Matos, 2006). Esses registros podem ser realizados de diferentes formas: contínuo, de evento,

de duração, de intervalo, amostragem de tempo e *placheck*. O registro contínuo é feito quando o observador tende a registrar tudo que está ocorrendo e tem a vantagem de possibilitar a inclusão de muitas classes de comportamento e a desvantagem de tomar muito tempo do observador (Hall, 1973; Danna & Matos, 2006).

O registro de evento envolve uma contagem de frequência dos eventos conforme sua ocorrência, por meio de marcas no papel ou contadores de pulso. A vantagem é que não interfere muito nas tarefas em andamento. O registro de duração é feito com cronômetro e envolve o registro de duração de determinado comportamento durante um dado período de observação. Já no registro de intervalo cada sessão de observação é dividida em períodos de tempo iguais e o observador registra a ocorrência de comportamentos nesse intervalo. Os intervalos são geralmente de pequenos espaços de tempo, 10 ou 15 segundos, e permite avaliar se o comportamento foi de curta ou longa duração. A vantagem é que se tem ao final a frequência e a duração dos comportamentos, podendo-se registrar mais de um tipo de comportamento e a desvantagem é a exigência ininterrupta do observador (Danna & Matos, 2006; Kreppner, 2011).

O último tipo de registro, o *placheck* (*planner activity check*), envolve a contagem, em intervalos predeterminados, do total de indivíduos que estão desempenhando o comportamento alvo e do total de pessoas presentes, exprimindo-se o resultado em porcentagem (Hall, 1973).

Na pesquisa observacional, a precisão é vista como um indicador da subjetividade no registro da realidade que foi observada, e é medida por meio da quantidade de acordos entre diferentes observadores que observam e analisam uma situação idêntica (Kreppner, 2011). Geralmente, a objetividade na pesquisa

observacional refere-se a um fenômeno observado que se acredita existir na realidade, em adição ao que se acredita estar baseado no conhecimento cotidiano da cultura na qual a observação está sendo conduzida.

Quando não se usa o vídeo, a concordância entre observadores é primordial para avaliar a precisão das análises e em caso de discordância muitos dados são perdidos, pois não se tem como retornar à situação observada. O uso de filme permite com que menos dados se percam, bem como, permite que nas análises seja possível rever a cena e tentar estabelecer um acordo, ou solicitar uma terceira opinião sobre determinado comportamento discordante. Sendo assim, discute-se a seguir a inclusão de gravações em vídeos nas situações investigadas.

2.3. O uso de vídeos na observação do comportamento

Com o intuito de desenvolverem ainda mais os estudos sobre interações, autores usaram não somente a observação como abordagem metodológica básica, como utilizaram o filme como uma nova tecnologia para registrar o que eles observavam. Esse meio de captação de dados revolucionou as possibilidades de registrar, pois nele não há distorção no registro icnográfico e a reprodução o material que foi registrado fica disponível.

Um dos pioneiros que refletiu sobre as várias possibilidades técnicas do uso do filme em estudos de observação foi Arnold Gesell, durante a década de 1920 e início da década de 1930. Outros que merecem destaque são Charlotte Bühler, René Spitz e Kurt Lewin. Esses quatro autores são os responsáveis pelo crescente interesse no uso de métodos observacionais para se alcançar uma descrição mais rica e, principalmente,

pelo aumento de estudos sobre o processo de desenvolvimento de crianças (Batista, 2010; Kreppner, 2011).

Charlotte Bühler utilizava a técnica para observar o desenvolvimento de bebês de forma sistemática no seu primeiro ano de vida, focando no desenvolvimento de comportamentos sociais pelas crianças. René Spitz estudava através de gravações de vídeo, muitas vezes em câmera lenta, mudanças nos comportamentos dos bebês após a privação de contato com suas mães. Já Kurt Lewin, utilizou o vídeo para clarificar sua “teoria de campo”, acerca da atração de objetos por pessoas, contudo os vídeos produzidos para esse estudo forneceram horas de imagens com crianças (pois utilizava seus filhos e sobrinhos) que demonstravam padrões de comportamentos infantis de interesse para especialistas, o que auxiliou nas teorizações da Psicologia do Desenvolvimento (Kreppner, 2011).

Os estudos desenvolvidos por Arnold Gesell contribuíram para responder, através de microanálises, permitidas pelas gravações em vídeo, as muitas perguntas sobre as mudanças de habilidades das crianças e o seu processo de desenvolvimento. Esse tipo de registro apresentou como vantagem a possibilidade de analisar os elementos básicos, os movimentos isolados e separados, como também acrescentou a possibilidade de gerar dados que ajudariam a compreender a natureza do crescimento em meses ou anos das crianças através de condensamento no tempo das gravações de vídeos.

O comportamento registrado em filme, original e íntegro, fornece ao observador a oportunidade de efetuar uma análise detalhada de várias perspectivas de um mesmo episódio, o que não seria possível sem o filme (Batista, 2010; Kreppner, 2011). Em contextos de saúde pediátrica, onde pelo menos três participantes estão presentes, esse

recurso ajuda a compreender a interação de forma mais articulada, observando-se pequenos comportamentos que são percebidos pelo outro e que desencadeiam respostas na tríade, o que gera uma interação complexa e essencial para alcançar um atendimento satisfatório.

A observação, o registro e a pós-produção de vídeos em pesquisa geram um material que necessita de análises intensivas e detalhadas. Na observação da interação de duas, três ou mais pessoas é necessário um tempo de observação para que nosso foco de atenção se amplie da observação individual dos comportamentos para os ciclos de ação-reação-ação. Assim, será possível perceber a relação entre as pessoas ao invés de comportamentos isolados (Dannna & Matos, 2006; Kreppner, 2011).

A observação de comportamentos, emoções, palavras, relações e sua qualidade é uma atividade que exige habilidade, tendo em vista que são aspectos nem sempre visíveis diretamente, embora haja índices e medidas baseadas em indicadores que permitem que essa avaliação seja realizada. O importante é que o pesquisador-observador defina os aspectos relevantes que caracterizam uma relação de qualidade ou não, baseada em conceitos teóricos estruturados ou pré-estruturados antecipadamente, como a definição dos comportamentos verbais e não verbais a serem observados.

Tendo em vista a relevância dos comportamentos não verbais na interação, argumenta-se, na próxima seção, acerca das características e peculiaridades desses comportamentos.

2.4 A comunicação não verbal

A interação comunicacional, além de possuir outras características (e.g., contextualidade e multifuncionalidade) pode ser repassada por multicanais, ou seja, ela

ocorre por meio de trocas verbais, mas também pelas modulações vocais, pelas mímicas, pelos gestos e olhares que se combinam para constituírem um enunciado total. Por isso, as situações não verbais são extremamente significativas para assegurar a coordenação interacional (Cosnier, 1994). Embora se saiba disso, e que nas últimas décadas a habilidade de comunicação não verbal foi significativamente relacionada com a satisfação dos pacientes e com os cuidados afetivos dos médicos (Cousin, Mast, Roter, & Hall, 2012; DiMatteo, Hays, & Prince, 1986; Pawlikowska, Zhang, Griffiths, & Dalen, 2012), ainda existem muitas dificuldades em se avaliar o repertório dos comportamentos não verbais que compõe a comunicação nas consultas em saúde.

As fontes dos comportamentos não verbais provêm de programas neurológicos e embora seja comum à espécie humana, são influenciadas pela cultura, classe social, família e indivíduo (Silva, 2006). Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (2000) identificaram que dois terços do significado das mensagens percebidas pelo receptor nas relações interpessoais são de caráter não verbal, sendo a percepção de uma pessoa influenciada pelo conteúdo verbal (7%), pelo tom de voz (38%) e pela expressão corporal (55%).

Para alguns autores a comunicação não verbal pode ser classificada em seis aspectos: 1) paralinguagem, diz respeito à maneira como algo é verbalizado, ou seja, a altura e velocidade da voz, a duração dos sons, pausas, ritmo, velocidade ou, ainda, bocejos e gemidos; 2) cinésica, relaciona-se à postura e ao movimento do corpo, contemplando os gestos e as expressões faciais; 3) proxêmica, está arrolada à utilização do espaço social e pessoal, enquanto produto da comunicação interpessoal e social, 4) tacêsica, que abrange o toque, sua duração, local e o tempo de contato, formas de aproximação, entre outros; 5) características físicas, que correspondem à forma do

corpo, beleza, altura, tipo de cabelo, peso, cor da pele, odores associados à pessoa e aos artefatos como roupas, óculos, jóias e, 6) fatores ambientais, que estão associados aos mobiliários, estilos arquitetônicos, decoração de interiores, condição de iluminação, temperatura e ruídos adicionais que interferem na relação humana (Flemmer et al., 1996; Giannini, Giannini & Bowman, 2000; Silva, 2006). Esses aspectos podem substituir, contradizer ou sustentar as trocas verbais, complementando todo o processo de comunicação.

Os comportamentos não verbais têm assumido cada vez mais um papel imprescindível no processo de comunicação, o que tem merecido atenção por parte dos profissionais de saúde. Birdwhistell, que na década de 1970, estudava os movimentos corporais, sugeriu que 60 a 70% do significado social de uma interação são transmitidos por comportamentos não verbais. Corroborando com isso, Mehrabian (1972) estima que 93% do significado de uma mensagem podem ser explicados por esse tipo de comportamento. A importância dos comportamentos não verbais na interação se deve ao fato de que, em muitas pesquisas, a habilidade dos médicos para expressar emoções e para codificar o significado dos sinais não verbais está muito relacionada à satisfação dos pacientes (Pawlikowska et al., 2012; Silva et al., 2000).

Os comportamentos não verbais na formação dos profissionais de saúde estão presentes desde a graduação, pois esses são estimulados a observarem expressões faciais, posturas corporais e gestos, redigindo relatórios de observações de seus pacientes. Na prática clínica, os profissionais tomam consciência da necessidade de avaliar os comportamentos não verbais, no entanto, essas iniciativas ainda são muito pequenas. Em algumas situações os pacientes não conseguem verbalizar suas necessidades, como no caso da dor em paciente com transtorno depressivo grave, de

crianças em UTI neonatal ou mesmo pacientes com aparelhos de respiração mecânica e, são nesses casos em que os profissionais devem observar mais as emissões não verbais e considerar cuidadosamente os gestos, posturas e outras modalidades de comportamentos não verbais dos pacientes, para realizar um atendimento que inclua as necessidades reais de seus pacientes (Giannini et al., 2000).

Em pesquisa realizada na atenção primária com 88 consultas gravadas, analisou-se a influência dos comportamentos verbais e não verbais dos médicos para tornar o paciente, após a consulta, mais autônomo e com melhor compreensão de seu quadro clínico. Os comportamentos não verbais foram avaliados através de categorias cinésicas como a postura; a posição dos olhos, o contato próximo, os movimentos dos ombros e o posicionamento das mãos para ambos os participantes. Para o médico exclusivamente, avaliou-se também o toque no paciente e o movimento de ler e escrever anotações. Constatou-se que a posição do olhar, o contato próximo e evitar ler e escrever ajudaram os pacientes a entenderem mais as informações e se sentirem mais satisfeitos com a consulta (Pawlikowska et al., 2012).

Pacientes e familiares são muito sensíveis às emissões de comportamentos não verbais pelos profissionais por algumas razões. Primeiro porque os cuidados de saúde evocam medo e incertezas, e para diminuir essas sensações eles se tornam especialmente atentos às informações no seu ambiente e aos sinais não verbais emitidos pelos profissionais. Um exemplo disso é quando os pacientes não entendem os jargões médicos usados na verbalização dos médicos e se focam nas expressões de seu rosto como uma forma de compreender melhor o relato verbal (DiMatteo & Taranta, 1979; Northouse & Northouse, 1992; Pawlikowska et al., 2012).

Outra razão é porque os pacientes, em alguns casos, possuem a concepção de que os profissionais não são completamente honestos com eles, seja numa tentativa de protegê-los de notícias ruins ou porque querem esconder seus reais sentimentos. Diante dessas situações, os canais não verbais acabam “revelando” as verdades não ditas. O terceiro motivo acontece quando pacientes e familiares observam os comportamentos não verbais para obter informações antes mesmo de qualquer interação verbal ocorrer. Um exemplo disso é quando os pais de uma criança esperam o resultado do exame de seu filho e pela observação da reação facial do médico que caminha em sua direção, podem se preparar se vão ou não receber boas notícias. Sendo assim, os pacientes vão observar mais a comunicação não verbal se eles perceberem que o profissional está muito ocupado ou é inacessível, e completarão a informação ausente, ou não compreensível, a partir da interação não verbal (Kreps & Thornton, 1984; Mehrabian, 1972; Pawlikowska et al., 2012).

Na pesquisa realizada por Hannawa (2014) foi investigado os efeitos de comunicações não verbais ao informar erros médicos a 216 pacientes divididos em dois grupos. O primeiro grupo de pacientes assistiu a um vídeo em que o médico informava que ocorreu um erro médico, repassando as informações e apresentando comportamentos não verbais de preocupação e envolvimento emocional com a situação do paciente. O segundo grupo, por sua vez, assistiu um vídeo em que o informe era feito ao paciente com o mínimo de comportamentos não verbais emitidos e quando esses ocorriam não repassavam envolvimento com a situação do paciente. Os resultados constataram que o segundo grupo percebeu o pedido de desculpas do médico como menos sincero, classificaram o erro médico como mais grave, atribuíram mais culpa ao médico e indicaram uma intenção maior de mudar de médico após o informe quando

comparados aos pacientes do primeiro grupo. Essas evidências sugerem que os pacientes consideram os comportamentos não verbais dos médicos durante seus informes e, quando esses profissionais apresentam um envolvimento não verbal em suas comunicações o entendimento do paciente é mais preciso e ocorre mais empatia entre médico e paciente.

Entre as diferentes especialidades da medicina, o estudo de Giannini et al. (2000) constatou que profissionais que atuam mais na assistência primária, como clínicos gerais possuem melhor habilidade na percepção de comportamentos não verbais do que outro profissional que tem especialidade médica. Esses achados ressaltam que isso ocorre geralmente, porque profissionais generalistas acompanham por mais tempo o mesmo paciente, principalmente se esse for uma criança, o que aumenta significativamente as emissões verbais com conteúdos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, quando comparados com os médicos especialistas que se focam mais na resolução imediata da queixa.

Ser atento à comunicação não verbal é essencial também para a relação estabelecida entre os profissionais de saúde. Com a sobrecarga de trabalho, os profissionais, muitas vezes não têm tempo para conversas em profundidade uns com os outros e normalmente as suas conversas são limitadas e bastante breves. Nessas situações, o auxílio de observações da comunicação não verbal nas interações ajudam os profissionais a compreenderem melhor um ao outro. Além disso, muitas vezes a situação dificulta uma conversação, por exemplo, em uma situação de emergência dois profissionais podem compartilhar seus medos e preocupações através de um rápido olhar ou expressão facial, sem precisar necessariamente de uma comunicação verbal (Birdwhistell, 1970; DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980).

A habilidade técnica do médico envolve a realização de exames físicos, a escolha de testes de diagnóstico, a avaliação e integração de dados relevantes para um diagnóstico e o repasse de um tratamento adequado. Contudo, essa habilidade é apenas uma faceta da competência clínica. A comunicação eficaz sobre a doença e o tratamento é um componente importante do repertório de habilidades interpessoais do médico, assim como, a atenção aos comportamentos não verbais nos cuidados do paciente. É por meio de comportamentos e gestos, ou seja, de respostas corporais, que os pacientes transmitem emoções importantes para o tratamento, algo que, muitas vezes, não consegue ser dito por palavras (Finset, 2012; Pawlikowska et al., 2012). Sendo assim, é primordial que o profissional tenha atenção à sua postura corporal assumida ao transmitir a mensagem, a sua capacidade (ou incapacidade) de olhar na direção do paciente e a distância que mantém dos pacientes ao realizar os informes (Brown et al., 2003; Flemmer, Flemmer, Sobelman, & Astrom, 1996; Nussbaum, Ragan, & Whaley, 2003).

O aprimoramento das habilidades comunicacionais no que se refere aos sinais não verbais pode ocorrer por meio da reflexão crítica baseada na prática diária. Com isso, os profissionais podem perceber de forma mais consciente seus comportamentos não verbais e usá-los de forma mais adequada para melhorar a interação com seus pacientes (Araújo, Silva, & Puggina, 2007; Hannawa, 2014).

CAPÍTULO 3

ESTUDOS SOBRE A COMUNICAÇÃO EM CONSULTAS DIÁDICAS E TRIÁDICAS E ESTRUTURAÇÃO DA CONSULTA

O capítulo em questão discute os estudos que abordam a comunicação em díades (pacientes e profissionais de saúde) e tríades (pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde) incluindo as limitações desses estudos. Tendo em vista a importância de como cada consulta é estruturada para a comunicação, ao final desse capítulo são apresentados os aspectos que constituem a estruturação das consultas em saúde e, mais especificamente, no contexto pediátrico.

3.1. Comunicação em consultas diádicas (profissional-paciente)

As pesquisas desenvolvidas com díades auxiliam na compreensão do processo de comunicação em tríades e grupos. Primeiro, porque grande parte da publicação existente sobre as interações em saúde ainda tem como foco de interesse a relação médico-paciente e segundo, pelo fato de que muitas das estratégias utilizadas para se avaliar a comunicação com mais de dois participantes são adaptações dos instrumentos elaborados para díades.

Ao se analisar as relações da comunicação médico-paciente com os resultados de saúde, pesquisadores geralmente dependem de medidas quantitativas do comportamento (e.g., frequências ou razões) derivados de observações e codificação das transcrições de fitas de áudio ou vídeo (Street Jr. & Epstein, 2008). Em décadas anteriores, era raro o trabalho que avaliava se as medidas quantitativas de comunicação (e.g., informações repassadas pelo médico) apresentavam relação com as percepções que os pacientes tinham da comunicação mantida com os médicos. Em investigação realizada com 115

consultas pediátricas, nos anos 1990, foi constatado que os pais menos satisfeitos receberam menos declarações centradas no paciente em comparação com os pais mais satisfeitos. Além disso, o uso pelos médicos de declarações centradas no paciente foi preditivo para a percepção dos pais quanto ao médico possuir sensibilidade interpessoal e disponibilidade para o estabelecimento de parcerias. No entanto, a quantidade de informações fornecidas pelos pais aos médicos não estava relacionada às decisões dos médicos (Street Jr., 1992).

Outras avaliações realizadas a respeito da comunicação em consultas verificaram que padrões de comunicação entre médicos e seus residentes mostram uma grande semelhança nos estilos de comunicação em 19 práticas observadas, diferenciando-os apenas pelo fato de que os residentes se mostraram mais propensos a pedir, e os médicos foram mais propensos a darem sugestões. Para os médicos, a realização da tarefa imediata é mais importante do que manter boas relações com seus pacientes (Lambert et al., 1997). Corroborando com esse estudo, uma pesquisa comparou a comunicação entre médicos e estudantes de diferentes anos de graduação e concluiu que não há diferenças entre os grupos no que se refere à comunicação estabelecida com o paciente (Wouda & van de Wiel, 2012).

Em estudo realizado com 81 pacientes numa unidade de emergência em saúde avaliou-se a comunicação da equipe com os pacientes e esses classificaram as verbalizações mais satisfatórias emitidas pelos profissionais que o atenderam. Os resultados apontaram que os pacientes avaliaram de forma mais positiva comportamentos como tratar o paciente com respeito, prestar atenção ao paciente e mostrar cuidado e preocupação (encontrou-se 69% classificados como excelentes). As menores avaliações dadas pelos pacientes foram para cumprimentar o paciente de forma

adequada, encorajar o paciente a fazer perguntas (os dois com 54%), mostrar interesse nas ideias do paciente sobre sua saúde e envolver o paciente nas decisões, tanto quanto ele ou ela queria (os dois com 53% excelente) (Mercer et al., 2008). O estudo demonstra um sinal de que avaliar a comunicação do paciente com a equipe médica é viável e oferece importantes *feedbacks* para o treinamento dos médicos.

Os médicos, das mais diferentes especialidades, precisam de habilidades de comunicação particularmente eficazes para discutir procedimentos complicados e ajudar os pacientes a fazerem escolhas sobre seu tratamento. Tendo em vista esse aspecto uma revisão sistemática da literatura foi realizada acerca da comunicação entre o cirurgião e seu paciente. Foram incluídos nessa pesquisa 74 artigos e os resultados apontaram que os cirurgiões em geral fornecem informações adequadas a fim de instruir os pacientes sobre os procedimentos e ajudá-los a fazer escolhas. Contudo, esses profissionais não exploram as emoções e preocupações dos pacientes (Levinson, Hudak, & Tricco, 2013).

Com o intuito de melhorar a interação entre profissional e paciente, Harrison, Hayden, Cook e Cushing (2012) utilizaram vídeos curtos para treinar os profissionais de saúde. Esses vídeos ilustravam alguns desafios comuns ao se dar *feedback* aos pacientes, focando-se principalmente em habilidades clínicas e de comunicação. Os autores constataram que se comparadas às avaliações feitas antes e depois das discussões geradas com a apresentação dos vídeos houve melhora e aprimoramento dos *feedbacks* oferecidos pela equipe aos pacientes.

Wilma, Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensins e Grypdonck (2000), por exemplo, constataram após a análise da interação entre profissionais e pacientes geriátricos, a necessidade de treinamentos sobre as falhas evidenciadas. Após o treinamento, outra análise foi realizada e indicou que após o repasse de novos conhecimentos os

profissionais forneceram mais informações sobre tópicos de saúde, além de se mostrarem mais envolvidos e atenciosos com os pacientes. Hall, Roter, Blanch e Frankel (2009) analisaram as interações de estudantes de medicina e concluíram que o contato inicial com o paciente pode ser um indicador válido e eficiente para avaliar o estabelecimento ou não do *rapport*. Esses resultados sugerem a necessidade dos profissionais construírem o *rapport* nos minutos iniciais das visitas médicas. Em outro estudo, Brown et al. (2003) evidenciaram que alguns comportamentos dos médicos, tais como, não olhar nos olhos do paciente, não sorrir, não elogiar ou fornecer informações mínimas e não ser afetuoso são alguns indicadores da percepção de um atendimento insatisfatório pelos pacientes da pesquisa.

Em relação às metodologias utilizadas para analisar as interações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, essas têm sido desenvolvidas enfocando principalmente a relação médico – paciente durante as consultas. Os sistemas de análises interacionais da comunicação correspondem a técnicas observacionais diretas (observações sistemáticas *in loco*) ou indiretas por meio de gravações de áudio e imagem, cujas informações são organizadas por taxonomias e padrões operacionais para a interpretação dos dados (Inui & Carter, 1985). Os instrumentos que permitem observação direta oferecem a vantagem de fornecerem *feedback* logo após a consulta para situações de treinamentos. As gravações de áudio e imagens da interação, por sua vez, podem ser vantajosas por facilitarem as análises e, quando necessário ou desejável, possibilitarem reanalisar os dados (Boon & Stewart, 1998).

Há mais de duas décadas pesquisadores se dedicam a estudar, medir, avaliar e explicar a comunicação em saúde. Instrumentos foram criados e utilizados especificamente para contextos de conversação e/ou interação em saúde. Linell,

Gustavsson e Juvonen (1988) propuseram uma distinção útil para a prática de conversação que é composta por quatro categorias de controle ou dominação da conversa: o controle quantitativo (em termos de contribuição de conversação); controle turntaking (em termos de alocação de fala e retorno da fala); controle semântico (em termos de tema da conversa), e controle estratégico (em termos de interrupções estratégicas na conversa). Esta definição parece ser utilizada por muitos dos instrumentos elaborados.

Vários estudos buscaram operacionalizar algumas estratégias para avaliar a qualidade da interação a fim de propor intervenções. Boon e Stewart (1998) analisaram as publicações entre 1986 e 1996 e identificaram 44 instrumentos elaborados para analisar a relação médico-paciente, sendo que 21 foram utilizados apenas uma vez e 15 não apresentaram evidências de validade. Dois instrumentos apareceram com mais frequência nos estudos revisados por esses autores, o *Bale's Interaction Process Analysis* e o *Roter's Interactional Analysis System (RIAS)*.

O *Bale's Interaction Process Analysis* é um instrumento muito utilizado no contexto de saúde, embora não tenha sido criado para este fim. Foi um dos primeiros que apareceram na literatura (início da década de 1950) e avalia a interação de pequenos grupos por meio da análise de comportamentos verbais e não verbais, dividindo-os em três amplas categorias: socioemocional positiva, socioemocional negativa ou neutra e direcionada à tarefa. Três décadas após a criação do Bale's surgiu o *Roter's Interactional Analysis System (RIAS)*, que é uma adaptação do primeiro, e foi elaborado para avaliar a interação médico-paciente em diversos momentos (e.g., na internação, nas consultas ambulatoriais) com pacientes das mais diversas patologias e médicos de diferentes especialidades.

O *Roter's Interactional Analysis System* (RIAS) tem mostrado ser clinicamente significativo em estudos empíricos que avaliaram a comunicação médico-paciente em consultas e provou ser altamente confiável quando aplicado por codificadores treinados. Ele também avalia comportamentos verbais e não verbais e possui um sistema de categorias mais detalhado e específico para cada participante, incluindo ainda algumas características do contexto. No RIAS o diálogo verbal é analisado por enunciação da expressão, em termos de categorias mutuamente exclusivas: 29 categorias instrumentais (e.g., rir, mostrar aprovação, fazer elogios, dar apoio, ter empatia, mostrar desaprovação, fazer críticas) e 14 socioemocionais (e.g., tomar informações, dar orientações e instruções, parafrasear, repetir perguntas, perguntar com questões abertas ou fechadas, aconselhar). De forma geral, as categorias são avaliadas por sua frequência e comparação entre elas (Lewis et al., 1991; Roter & Hall, 1989, 2006).

Em uma pesquisa realizada na década de 1980, foram comparados três sistemas de análise da interação: o *Bale's Interaction Process Analysis*, o *Roter's Interactional Analysis System* (RIAS) e o *Stile's Verbal Response Mode* (VRM). Nesse estudo, identificou-se um número excessivo de possibilidades de codificações em cada instrumento, o que dificulta a comparação dos resultados das pesquisas que utilizaram esses sistemas observacionais (Wasserman & Inui, 1983). Corroborando com esses achados, outra pesquisa, realizada anos depois, constatou que em 28 sistemas de codificação usados em 60 estudos, foi possível identificar mais de 200 processos de comunicação diferentes entre médico e paciente. Esses processos eram organizados nas seguintes categorias: informações dirigidas, informações recebidas, falas sociais, fala positiva, fala negativa e parceria construída.

Utilizando o RIAS para avaliar a comunicação através de gravações da consulta, Eidea, Graugaarda, Holgersena e Finseta (2003) evidenciaram que a satisfação dos pacientes aumentava na mesma proporção em que o médico emitia falas informais, associadas a aspectos socioemocionais durante o relato da história clínica. Contudo, quando esses conteúdos psicossociais eram verbalizados no momento dos exames físicos a satisfação dos pacientes diminuía consideravelmente. Isso demonstra que é importante que os profissionais se preocupem em verbalizar sobre aspectos psicossociais durante o momento do acolhimento, investigação da queixa e elaboração do plano terapêutico, contudo essas verbalizações devem ser evitadas durante o exame físico, porque tal momento pressupõe a necessidade de uma postura mais técnica por parte do profissional.

Consonante a esses resultados, Bensing et al. (2006) também evidenciaram a importância dos comportamentos socioemocionais em medicina. Esses autores revisaram vários estudos, entre 1986 e 2002, que utilizaram o RIAS para avaliar a comunicação entre clínicos gerais e pacientes através de vídeos gravados. O estudo sugere que os médicos embora forneçam mais informações médicas e aconselhamentos, expressam menos suas preocupações com as condições médicas dos pacientes e são menos envolvidos na construção de parcerias com eles. Essa constatação indica que o repasse de informações (comportamento instrumental) não garante uma comunicação eficiente, uma vez que, demonstrar preocupação e envolvimento (comportamento socioafetivo) também é necessário para se atingir um atendimento de qualidade.

Em um estudo observacional sobre as mudanças na comunicação entre paciente e médicos, entre 1977 e 2008, com 512 consultas gravadas e analisadas pelo RIAS, constatou-se que ao longo dos anos os médicos deram mais informações biomédicas e

mais aconselhamentos, se focaram mais em comportamentos orientados para tarefa e diminuíram mais a emissão de comportamentos socioemocionais, principalmente no que se refere à demonstração de empatia (Butalid, Bensing, & Verhaak, 2014). Esse estudo corrobora com a pesquisa de Levinson, Hudak e Tricco (2013) ao ressaltar a necessidade dos médicos compreenderem mais os contextos pessoais dos pacientes e promoverem mais espaços nas consultas para que os pacientes consigam expressar suas emoções.

Uma pesquisa investigou quais os fatores do contexto de trabalho que podem ser considerados obstáculos ou facilitadores no que diz respeito à aquisição e aplicação de habilidades de comunicação. Para isso, realizaram-se grupos focais com 23 médicos clínicos gerais e 18 cirurgiões. Ambos os grupos afirmaram que trabalhar além da jornada correta de trabalho, usar *checklist* institucionais rígidos, não receber *feedbacks* de suas atuações, são fatores que atrapalhavam o desenvolvimento das habilidades de comunicação para os dois grupos. A diferença que surgiu entre os grupos é que os profissionais de cirurgia alegavam não terem tempo para lidarem com problemas de comunicação e que eles eram mais avaliados quanto a competência técnica e instrumentiva. Já os clínicos gerais ficavam mais tempo com o paciente e se defrontavam mais com problemas de comunicação, o que exigia deles a cada consulta novas habilidades de comunicação (Eertwegh, Dalen, Van Dulmen, Vleuten & Scherpbier, 2014).

Os problemas frequentemente identificados nas interações médico-paciente que incidem na comunicação estabelecida na díade incluem, por um lado, aqueles relacionados aos profissionais, como inadequações na explicação do diagnóstico e tratamento; falta de consideração em relação aos sentimentos dos pacientes; não

entendimento de sua perspectiva e de seus familiares, desvalorização e abandono dos pacientes, jornadas extensas de trabalho, dentre outros. Por outro lado, há os problemas relacionados aos pacientes, como a falta de habilidades para se expressarem, isto é, consideram que seus sentimentos, opiniões, dúvidas e informações não são importantes na interação médica para atingir resultados satisfatórios para sua saúde (Brown et al., 2003). Esses aspectos devem ser levados em consideração na avaliação da comunicação em saúde.

3.2. Limitações e perspectivas para os estudos sobre análise da comunicação em consultas diádicas

Embora existam vários instrumentos para avaliar a comunicação, observam-se ainda algumas lacunas na literatura, um exemplo disso, é a ausência de instrumentos capazes de avaliar o processo de comunicação durante a tomada de decisão em saúde (Elwyn et al., 2001) e a escassez de instrumentos específicos para avaliar a comunicação não verbal (Boon & Stewart, 1998). No que se refere aos comportamentos não verbais, somente um instrumento, elaborado para apreender exclusivamente esses comportamentos em diferentes níveis, foi encontrado: o *Profile of Nonverbal Sensitivity* (PONS).

O teste PONS é um teste multi-canal de precisão na decodificação de sinais não verbais (face, corpo e tom de voz), desenvolvido por Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers e Archer (1979). O PONS consiste de um filme de 45 minutos em preto e branco que contém 220 cenas apresentadas através de 11 canais não verbais. A tarefa do entrevistado é combinar o rótulo emocional correto com a expressão não verbal que está sendo comunicada. Pontuações mais altas na PONS refletem a sensibilidade aos

sentimentos verbalmente comunicados pelo outro (DiMatteo, Hays, & Prince, 1986). Uma extensa série de estudos que estabeleceram a validade convergente e discriminante para o PONS foi relatado por Rosenthal et al. (1979). Esse instrumento é usado em grande parte dos estudos em saúde, contudo não é específico para a avaliação da interação médico-paciente.

Em relação ao RIAS, embora ele seja atualmente um dos instrumentos mais utilizados na saúde, alguns estudos ressaltam críticas e limitações desse instrumento: 1) o sistema não permite codificar interrupções durante o processo de comunicação, 2) pausas e silêncios são registrados apenas como demarcações da comunicação e não como uma categoria comunicacional, 3) muitas categorias não apresentam distinções claras, 4) as perguntas são codificadas mais pelas formas linguísticas do que pela função e 5) algumas características socioemocionais são limitadas e outras muito amplas (Roter & Larson, 2002; Sandvika et al., 2002). As críticas apontadas ao RIAS são substanciais e auxiliaram na composição do sistema que foi elaborado para a pesquisa de doutoramento em questão, por isso se faz necessário esclarecê-las de forma mais detalhada.

As limitações citadas sobre o critério de pausa se refere ao fato de que estas são definidas sem referência à natureza interacional do diálogo. Pausas de mais de um segundo são usadas para demarcar a fronteira entre unidades de comunicação, independentemente de sua função no diálogo. A pausa, como tal, não é discutida no manual e não é descrita formalmente ou funcionalmente. Não há menção do fato de que uma pausa pode ter várias funções, nem a distinção entre pausas preenchidas e vagas. Além disso, se houver uma pausa e o conteúdo retomado for o mesmo, fica a dúvida se

o correto é utilizar o critério de conteúdo ou de pausa (Sandvik et al., 2002; Vail et al., 2011).

Outra crítica direcionada ao RIAS está relacionada à falta de comentários no manual do instrumento acerca das interrupções, que são fenômenos frequentes de conversação. Deve-se ter precaução para não se concluir a priori que a interrupção é uma indicação de poder, pois pode sinalizar envolvimento na conversa ou apenas tentativas de ganhar espaço para falar. Assim, ao se analisar a comunicação médico-paciente, as interrupções devem ser analisadas caso a caso (Sandvika et al., 2002).

A distinção entre perguntas fechadas e abertas gera outra discussão entre autores, pois o RIAS define que perguntas fechadas são aquelas diretas e que pedem informações específicas, ou seja, onde as respostas curtas (exemplo, um sim ou não.) são geralmente a única opção de resposta. As perguntas abertas são definidas pela especificidade de sondar a intenção e respondem ao pedido de percepção, informações ou sentimentos. Incluídos nesta categoria estão os pedidos de esclarecimentos ou mais informações. Apesar destas definições, há perguntas que podem ser respondidas com um sim ou não, embora a intenção do emissor seja de solicitar maiores esclarecimentos, como por exemplo, o médico fala “está doendo muito o peito?” e com esta pergunta ele já sabe que há dor, no entanto ele pode estar querendo que o paciente explique melhor como é esta dor para ele e o paciente pode responder apenas com um sim (Sandvik et al., 2002; Vail et al., 2011).

Um ponto crítico do RIAS é o fato da empatia ser classificada apenas para o médico. No entanto, deveria ser possível registrar empatia demonstrada pelo paciente, pois diante de uma dificuldade do médico, a empatia expressa pelo paciente pode ter

importância na maneira como o médico realiza a consulta (Butalid et al., 2014; Sandvik et al., 2002; Steinhausen et al., 2014).

Outro aspecto apontado como uma limitação do RIAS se deve ao fato do choro não ser listado nas categorias de codificação da interação médico-paciente, embora risos sejam classificados. Chorar ou dar sinais de choro é um forte sinal de que uma pessoa está pedindo ajuda e compreensão, além disso, pode ser visto como uma expressão das necessidades do paciente, para uma condição quando as palavras já não bastam. Especialmente em consultas emocionalmente carregadas, por exemplo, se um paciente tem uma doença com risco de vida, o choro é uma categoria significativa da comunicação médico-paciente (Sandvik et al., 2002; Vail et al., 2011).

Em sua forma original o RIAS não facilita a análise sequencial da conversação, porque a informação é fornecida sobre o número de diferentes tipos de perguntas do médico e respostas do paciente, mas o sistema não foi concebido para avaliar que tipo de resposta é geralmente fornecido a um tipo específico de pergunta. Além disso, na análise da conversação das consultas médicas, o significado não é dado com antecedência e sim a partir da interação social e nunca na análise produzida isoladamente. Desta forma, no RIAS, a análise de uma conversa implica uma dupla perspectiva, incluindo uma análise dos atos do indivíduo, bem como uma análise da troca social. O principal desafio de um sistema de análise de interação é capturar a natureza da interação dialógica. É um tanto difícil conseguir isso com um sistema como o RIAS, em que as unidades de observação são expressões faladas por indivíduos que estão envolvidos na consulta (Sandvik et al., 2002; Roter & Hall, 2006).

Ciente dos problemas apresentados, o manual do RIAS aconselha ao codificador uma série de maneiras de considerar as qualidades interacionais do diálogo na

codificação do texto verbal da interação médico-paciente. Em caso de dúvida sobre a codificação, é aconselhável ao codificador, como regra geral, adotar a expressão seguinte, a resposta, ao decidir a categoria de codificação. Desta forma, o RIAS indica que cada emissão deve ser entendida no seu contexto. Esta orientação analítica repousa sobre a consideração teórica de que o enunciado é produzido em cooperação com o(s) outro(s) participante(s) no diálogo.

Um aspecto relevante de ser comentado é que o RIAS quando criado inicialmente era um sistema de codificação digitado em papel e, atualmente, ele foi transformado em um sistema informatizado que não é comercializado facilmente. Ele é propriedade de um grupo de pesquisadores americanos que promovem treinamentos duas vezes ao ano, na Holanda e nos Estados Unidos. Com o valor pago pelo treinamento eles disponibilizam uma cópia do software para os pesquisadores treinados. Outra forma, de se ter os dados analisados pelo RIAS é pagando para que o próprio grupo que o criou analise seus dados. Por essas dificuldades, ainda não se encontrou nenhum estudo no Brasil que tenha utilizado esse instrumento para analisar interações médico-paciente, nem tríades em saúde.

Um sistema de interação elaborado com qualidade deve incluir transferências de informações em diferentes níveis por meio de uma variedade de comportamentos e deve incorporar também os contextos de interação, com base nas características exclusivas dos encontros clínicos. Quando utilizados em pesquisa, esses sistemas elaborados devem ter como requisito o treino dos observadores e o uso de gravação da interação em vídeo e áudio para obter maior confiabilidade nos resultados (Wasserman & Inui, 1983).

A temática da comunicação entre médico e paciente, em contextos internacionais, tem apresentando relevância tanto na produção científica quanto na

formação e práticas clínicas. Revisões de literatura internacionais indicam que entre 1.000 e 1.200 publicações anuais se destinam a estudar a relação médico-paciente e sua estrutura comunicacional por meio de pesquisas empíricas e aplicação de instrumentos de observação e avaliação (Connor et al., 2009; Tagliavini & Saltini, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001).

Na esfera internacional, foi evidenciado que durante a década de 1980, havia a necessidade de criação de novos instrumentos que avaliassem a comunicação na díade médico-paciente e anos depois, na década de 1990 e início do século XXI, emergiram outros problemas com a existência de vários instrumentos. Dentre eles ressalta-se a escassez de instrumentos que avaliam os comportamentos não verbais; que abordam o momento da tomada de decisão; que analisam interações entre tríades e ainda, a ausência de validade comprovada em muitos dos instrumentos elaborados. Sendo assim, discute-se a seguir como esse cenário se configura no Brasil.

Em uma revisão recente dos estudos, Araujo (2009) constatou que ainda são encontradas limitações nas ferramentas metodológicas para avaliação da interação, principalmente, por não explicitarem questões contextuais da situação observada. Outro aspecto limitante é que, ao examinarem a díade profissional-paciente, os estudos tendem a focar quase que exclusivamente em aspectos informacionais e técnicos do profissional e interpessoais e afetivos para o paciente. A autora argumentou, ainda, que a dificuldade de avanços na metodologia observacional ocorre pela pouca ou nenhuma aceitação por parte de alguns profissionais e instituições da utilização de gravações de suas imagens para fins de pesquisa.

No contexto nacional, especificamente, constata-se que o processo de comunicação em saúde precisa ser mais investigado, pois há um número limitado de

pesquisas que trabalham com análises de sistemas de interações ou que se propõem a validar e adaptar os instrumentos já existentes (Araujo, 2009; Caprara & Rodrigues, 2004; Sucupira, 2007a). Outras pesquisas brasileiras que realizaram a observação da interação médico-paciente optaram por criar sistemas exclusivos para suas pesquisas, com poucas indicações de aplicação para outras realidades.

Em uma pesquisa realizada sobre a tomada de decisão em saúde, foram identificadas as emissões verbais e calculado o tempo total de fala do participante e a frequência de papéis entre o emissor-receptor (Costa Neto, 1994). O sistema criado por esse pesquisador possuía treze classes gerais, entre elas: processo de tomada de decisão quanto ao binômio tempo-demanda; natureza da tomada de decisão; vicissitudes; beneficiado(s) por uma decisão e funções da tomada de decisão. Também com foco na tomada de decisão de equipe, Queiroz (2003), elaborou três sistemas complementares de categorias de análise: 1) temática das verbalizações; 2) mecanismos subjacentes à interação entre profissionais e 3) processo de tomada de decisão. Essa pesquisa inovou as iniciativas anteriores pelo fato das análises realizarem o cruzamento entre os sistemas.

Centrado em diádes, o estudo realizado com profissionais e usuários realizado por Ramos (1999) é composto de dois subsistemas: 1) caracterização da situação de atendimento pela classificação dos episódios de interação paciente-equipe quanto aos autores, ao conteúdo verbal e à finalidade das interações e 2) caracterização da participação com a classificação dos comportamentos do paciente quanto à natureza de sua participação. A pesquisa de Martins (2001), focando no enfermeiro e paciente, construiu um sistema múltiplo de análise, baseado em observações e entrevistas, composto de três subsistemas: 1) finalidade da comunicação; 2) uso de recursos

comunicacionais e 3) fluxo da comunicação. Na próxima subseção, são apresentados e discutidos os estudos com tríades.

3.3. Comunicação em consultas triádicas (médico - paciente pediátrico - acompanhante)

Em diversas ocasiões, os atendimentos em saúde envolvem outras pessoas além do médico e do paciente, como é o caso dos serviços pediátricos, em que se faz necessária a presença de uma acompanhante responsável pelo paciente. A literatura indica que a presença obrigatória desse acompanhante – estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Sistema Único de Saúde – afeta de maneira significativa, seja positiva ou negativamente, as interações estabelecidas entre os participantes. Por exemplo, van Dulmen (2004) evidenciou que quanto mais o acompanhante se insere na comunicação, menos a criança participa, entretanto, quanto maior a idade do paciente, mais o médico tende a estimular sua participação na interação comunicacional.

Nos atendimentos com pacientes pediátricos, os profissionais necessitam de habilidades e competências específicas na coleta de informações, no exame físico, no raciocínio diagnóstico e na negociação do plano terapêutico. Essas habilidades variam em função da gravidade do problema clínico da criança, do local onde o atendimento está sendo realizado (unidade básica, consultório, hospital, pronto-socorro), se é a primeira consulta ou uma consulta subsequente, das aflições e angústias que estão mobilizadas pelas famílias, das expectativas e necessidades dos pais, da idade de cada criança, de sua capacidade de comunicação, das características do profissional que a atende, do projeto e dinâmica da instituição (Cristo & Araujo, 2013).

A literatura sobre comunicação com pacientes pediátricos é ainda escassa e, em geral, considera esses participantes como passivos, afirmando ainda que em grande parte das interações, há maior frequência de comportamentos afetivos do que instrumentais entre médicos e crianças (Marks et al., 2004; Rocha, 2008; Tates & Meeuwesen, 2000, 2001). O estudo realizado por van Dulmen (1998) é um exemplo característico uma vez que acompanhou 21 pacientes em 302 encontros consecutivos com o mesmo médico. Os resultados indicaram que as crianças contribuíram em apenas 4% das interações; que os médicos dirigiam-se a elas uma vez em cada quatro tentativas de comunicação e que repassavam apenas 13% das informações ao paciente, emitindo mais comportamentos afetivos ao interagirem com eles. Foi percebido, também, que a qualidade da informação aumentava com a idade do paciente e que a duração da consulta não interferia na participação da criança. O pesquisador concluiu que nos encontros com os pediatras as informações são dirigidas mais aos pais do que ao paciente.

Corroborando com o estudo anterior, Tates, Meeuwesen, Bensing e Elbers (2004) analisaram 106 gravações em vídeo de consultas pediátricas, constatando que os comportamentos dirigidos aos pacientes pediátricos eram mais afetivos do que instrumentais e esses comportamentos variavam de acordo com a idade, sendo que com crianças mais velhas, aumentava-se a emissão de comportamentos instrumentais e eram quase inexistentes as trocas afetivas. Lewis et al. (1991), por sua vez, evidenciaram que, após breve treino de habilidades com a tríade, os profissionais envolveram mais as crianças nas discussões e elas, por sua vez, assumiram um papel mais ativo na aquisição de informações sobre seu estado de saúde, se dizendo mais satisfeitas. Essa pesquisa indicou, ainda, a necessidade de entendimento das modalidades e constituintes das

interações nesse contexto, a fim de possibilitar intervenções eficazes visando maior participação do paciente nas tomadas de decisões, isto é, como participante ativo no processo saúde-doença.

O desafio dos médicos frente à comunicação em tríades é equilibrar as necessidades das crianças e dos pais. Por um lado, o médico deve tentar desenvolver conteúdos comunicacionais adequados para os pacientes pediátricos, a fim de permitir-lhes, a partir dos conhecimentos informados pelo médico, aumentar o controle sobre sua saúde. Por outro lado, o médico tem de lidar com a preocupação e responsabilidade dos pais. Além disso, o pediatra deve dar aos acompanhantes, e às crianças, a oportunidade de expressar suas expectativas, pois em alguns casos vão diferir umas das outras. O conhecimento fornecido pelos pais, além de auxiliar no repasse de comunicações sobre a história clínica da criança, pode ser importante para o médico compreender como pode abordar a criança (Tates & Meeuwesen, 2000). Para que esse equilíbrio seja mantido na consulta é necessário que o médico forneça informações claras para as crianças, bem como para os pais, sobre qual seria o papel desejável de cada participante em consultas pediátricas. Como a situação de cada participante não é simétrica em todos os momentos, pois não há características constantes durante a conversa, mas sim, abertura para negociações entre os participantes, o médico deve explicar porque é importante que a própria criança participe ativamente da entrevista médica. A partir da perspectiva de educação em saúde e aconselhamento, pais e filhos devem ser informados da necessidade das crianças desenvolverem responsabilidades por seus cuidados de saúde. Além disso, os pais precisam ser encorajados a desenvolver autonomia de seus filhos e permitir que esses sejam ouvidos (Tates & Meeuwesen, 2000, 2001).

Leite (2012) evidencia que alguns conhecimentos, algumas habilidades afetivas e de comunicação com crianças e suas famílias devem estar presentes na formação e na prática de médicos que têm a responsabilidade de atender crianças, são elas:

- a) As crianças são pacientes singulares: as de menor idade não têm autonomia, independência nem linguagem verbal suficiente pra estabelecer um padrão de comunicação que possibilite um adequado desenrolar da entrevista clínica. No entanto, o fato de uma criança pequena não ter capacidade para uma comunicação verbal, no sentido tradicional, não deve significar que ela deva ser ignorada durante a consulta. Devem-se utilizar habilidades que valorizem e incorporem a criança, ativamente, à consulta. Em relação às crianças mais velhas, essas podem contribuir com informações relevantes e *feedbacks* acerca de suas queixas, aumentando a satisfação e a adesão às recomendações;
- b) As crianças possuem diferentes concepções sobre o processo saúde-doença e a aquisição de conhecimentos sobre esse assunto ocorre de forma muito precoce. Sendo assim, para se comunicar com elas de forma eficaz, se faz necessário conhecer seu estágio cognitivo, suas experiências em internações anteriores, seus conhecimentos sobre o corpo humano, sua cultura e a reação de seus pais;
- c) O médico possuidor de adequadas habilidades de comunicação utiliza-as para distinguir o problema clínico real que a criança apresenta e a eventual leitura ansiosa ou distorcida que nos traz sua família ou acompanhantes; ambas as demandas precisam ser acolhidas e compreendidas e, conseqüentemente, abordadas de maneira adequada;
- d) O médico deve ter uma compreensão geral das necessidades específicas das crianças e das características da interação que devem estabelecer com elas, na

dependência da faixa de idade e da condição de gravidade clínica do problema de saúde em foco. Crianças saudáveis ou doentes mobilizam distintos graus de ansiedade nas mães e nos médicos que as atendem; são completamente diferentes as estratégias de comunicação e habilidades necessárias para realizar o exame clínico, que devem ser utilizadas com crianças saudáveis ou doentes ou com crianças de várias faixas etárias;

- e) A característica das crianças de estarem em permanente interação com outras pessoas, com trocas intersubjetivas, em distintas fases de crescimento físico, de desenvolvimento mental e emocional, traz demandas específicas para o atendimento. No campo clínico, sobressai-se a lógica da prevenção e da orientação antecipada. Assim, além de respostas aos problemas específicos de saúde física, tem lugar obrigatório na consulta uma série de estratégias de prevenção de doenças e de promoção de saúde.

Em relação às metodologias observacionais empregadas em pesquisas com tríades, em uma revisão realizada com 12 artigos publicados entre 1968-1998, verificou-se que seis estudos utilizaram a técnica de transcrições de áudio e a outra metade dos estudos utilizou gravações em vídeo. Ademais, apenas quatro estudos consideraram os comportamentos não verbais dentro das verbalizações. No que se refere aos instrumentos de avaliação da interação por meio de observações nessa pesquisa, constatou-se que sete estudos quantitativos aplicaram sistemas de categorização para codificar o comportamento verbal dos participantes. A maioria usou o *Bale's* e o *RIAS* analisando-se díades dentro da tríade. Outros três estudos, desta mesma revisão, usaram o *Child Allocated Turns System* (CAT) ou a sua versão modificada, o *Turn Allocation System* (TAS). O CAT analisa a díade médico-paciente pediátrico em relação à

distribuição das falas desses dois participantes, desconsiderando o acompanhante na interação. O TAS categoriza as verbalizações dos três participantes em termos de iniciativa, alocação e respostas/reações, contudo não apreende comportamentos não-verbais, nem aspectos relacionais e contextuais (Tates & Meeuwesen, 2001).

O TAS realiza análises de cada unidade das falas, sendo essa o que é falado entre dois momentos de silêncio. O enunciado é definido como o segmento de menor expressão distinguível, variando de uma única palavra a uma frase completa. As emissões verbais dos participantes, como questões, observações, ou direções foram analisadas em termos de iniciativa, alocação e resposta. Por exemplo, as respostas para as iniciativas que o médico explicitamente dirigia à criança, foi feita uma análise de quem respondiam às iniciativas do médico.

Tates e Meeuwesen (2000) realizaram uma pesquisa com 106 consultas pediátricas, em três períodos, 1975-1978 ($n = 36$), 1988-1989 ($n = 36$), e 1993 ($n = 34$), com 58 clínicos gerais já conhecidos das crianças, entre quatro e 12 anos, na Holanda. Todas as consultas foram transcritas na íntegra e a análise dos dados resultou em um sistema de codificação de nove categorias: fala do médico para o acompanhante; criança ou ambos; fala da criança para o médico; acompanhante ou ambos e fala do acompanhante para o médico; criança ou ambos. A comunicação não verbal foi observada na medida em que era relevante para a codificação (especialmente contato visual), ou seja, para facilitar o entendimento sobre quem era o principal receptor durante a fala do emissor. A codificação das declarações dos pais, médicos e das crianças, foram divididas em três segmentos: a história clínica, exame físico, e conclusão (diagnóstico e prescrição de tratamento). O médico e o acompanhante tiveram maior número de iniciativas; a contribuição da criança foi restrita a 9,4%, sendo

o mesmo nos três segmentos da consulta. O médico realizou a maioria das iniciativas para a criança enquanto a examinava; o acompanhante efetuou a maioria das iniciativas durante a fase de relato da história clínica.

Um dos motivos evidenciados na literatura para a utilização de técnicas de observação e o desenvolvimento de sistemas de análises de interação para tríades se deve ao fato de que o uso exclusivo de entrevistas nas pesquisas com crianças requer atenção e cuidado para não impor à criança algo que é interesse de pesquisa, pela dificuldade do adulto de abandonar uma perspectiva de manter relações hierárquicas de poder e pela possibilidade de respostas em que prevaleceria a desejabilidade social. Sendo assim, seria mais satisfatório o uso em conjunto da entrevista, da observação e do registro em áudio e imagens das interações, visando maior compreensão do fenômeno estudado (Nussbaum et al., 2003; Rocha, 2008). Dessa forma, para a compreensão da comunicação em saúde é necessário uma abordagem multimetodológica, congregando várias estratégias de coleta de dados (Araujo, 2009).

Na pesquisa realizada por Pinto (2010), na qual participaram 12 crianças, 12 acompanhantes e oito pediatras, estabeleceu-se uma comparação da comunicação em dois níveis assistenciais, primário (centro de saúde) e terciário (hospital). A interação foi analisada por meio de gravações de áudio e imagem e entrevistas com os participantes após a consulta. Os dados observados geraram um sistema de análise de tríades composto por dois subsistemas: finalidade dos conteúdos comunicacionais e recursos da comunicação. Esse sistema de análise foi comparado aos sistemas gerados pelas entrevistas com os três participantes. O resultado da pesquisa evidenciou que mesmo com uma maior demanda de atendimento, a comunicação estabelecida pelo centro de saúde (CS) era mais efetiva e a interação das tríades era maior. A diferença entre os

níveis assistenciais foi mais acentuada no que tange a comunicar informações e quanto à participação da criança, tendo sido no centro de saúde o local onde esses comportamentos foram mais emitidos. As entrevistas evidenciaram que os pacientes do CS se recordaram mais das indicações terapêuticas e verbalizaram ter compreendido melhor o que foi informado. Os pacientes do hospital se lembravam mais do momento do exame clínico e a maioria relatou não ter entendido as informações repassadas (Cristo & Araujo, 2013).

Em outra pesquisa nacional realizada em contexto de consultas pediátricas, foi elaborado um protocolo de pré-consulta, criado exclusivamente para aquela pesquisa, com a finalidade de modificar padrões de comunicações durante o atendimento. O protocolo de pré-consulta era preenchido a partir das expectativas do paciente e de seu acompanhante, e continha informações sobre o tratamento, definição do diagnóstico, dúvidas e expectativas dos usuários. Os resultados mostraram que o protocolo na pré-consulta foi eficaz para possibilitar mudanças no processo de comunicação, abordando conteúdos de preferências do paciente pediátrico e seu acompanhante, o que permitiu promover uma inclusão maior desses dois participantes na comunicação durante a consulta (Kohlsdorf, 2012). Esse protocolo é relevante, pois pode servir como ferramenta para intervenções na comunicação, contudo não pode ser utilizado como instrumento de análise do processo comunicacional.

3.4. Limitações e perspectivas para os estudos sobre análise da comunicação em consultas triádicas

Tates e Meeuwesen (2001) argumentam que, embora algumas pesquisas tenham o objetivo de analisar a interação entre médicos, crianças e pais, somente parte dos

estudos focou na comunicação entre os três participantes; outra parte se restringiu às díades, isto é, médico-acompanhante ou médico-criança. Quanto às distinções entre comportamentos instrumentais e afetivos, quando a interação é com os pais, a maioria dos estudos ressaltou que os médicos mostram uma boa quantidade de comportamentos instrumentais, fornecendo informações e instruções e respondendo aos questionamentos realizados. Entretanto, na interação com as crianças, os médicos emitem mais comportamentos afetivos (e.g., fazer brincadeiras), corroborando com o estudo de van Dulmen (1998). Tates e Meeuwesen (2001) concluíram que a comunicação entre médicos, pacientes pediátricos e acompanhantes foi insuficientemente estudada, já que muitos estudos revisados ignoram a presença da criança na comunicação médica.

Como os aspectos interacionais são importantes para o entendimento e a melhoria da relação de cuidado, é fundamental, portanto, um sistema de interação que compreenda a complexidade do processo comunicacional, englobando aspectos socioemocionais, habilidades instrumentais e contextuais na análise da interação entre a tríade. A necessidade de maiores pesquisas se justifica porque estudos ignoram que as crianças podem e devem se envolver em decisões sobre seus próprios cuidados em saúde, mesmo com evidências na literatura de que a criança pode exercer potencial influência, tanto nas características relacionais, como na estrutura e conteúdo da comunicação. Além disso, a estruturação de instrumentos capazes de avaliar a interação do médico com o paciente pediátrico e seu acompanhante auxiliará na formulação de treinamentos, programas e intervenções capazes de melhorar o atendimento e cuidado do paciente pediátrico. A Tabela 2 apresenta uma revisão dos instrumentos de avaliação da comunicação discutidos nesse capítulo.

Tabela 2

Resumo dos Principais Instrumentos de Avaliação da Comunicação

Nome	Participantes avaliados	Características principais	Limitações
Bale's Interaction Process Analysis	Pequenos grupos	Foi um dos primeiros instrumentos criados para avaliação de pequenos grupos por meio da análise de comportamentos verbais e não verbais, dividindo-os em três amplas categorias: socioemocional positiva, socioemocional negativa ou neutra e direcionada à tarefa.	Não foi construído especificamente para a saúde, embora seja constantemente usado nessa área. Não avalia questões contextuais.
Roter's Interactional Analysis System (RIAS).	Díades – médicos e pacientes	É uma adaptação do <i>Bale's</i> para avaliar a interação médico-paciente em diversos momentos com pacientes das mais diversas patologias e médicos de diferentes especialidades. Ele avalia comportamentos verbais, alguns não verbais e do contexto. De forma geral, essas categorias se dividem em trocas socioemocionais (rir, fazer elogios, fazer críticas) e trocas instrumentais (tomar informações, dar orientações e instruções) e são avaliadas por sua frequência e comparação entre elas.	Não permite codificar interrupções na comunicação; as categorias não possuem distinções claras; as perguntas são classificadas mais pelas formas linguísticas do que pela função e algumas características socioemocionais são limitadas e outras muito amplas. Além disso, o sistema é um software e só pode ser adquirido por meio de participação em treinamento pago que é realizado poucas vezes ao ano.
Stile's Verbal Response Mode (VRM)	Díades – médico e paciente	É um sistema de taxonomia de atos de fala amplamente aplicado para a análise do discurso. Foca-se no que as pessoas fazem quando dizem alguma coisa ao invés do conteúdo do que dizem. A categorização da taxonomia é feita em duas dimensões, no sentido literal e sentido pragmático. No instrumento cada expressão é codificada duas vezes, uma para a sua forma gramatical e uma para sua intenção pragmática, usando as mesmas oito categorias para cada um.	O instrumento não tem a finalidade de analisar o conteúdo da mensagem, nem a relação de interação entre os participantes, muito menos, os aspectos contextuais.
Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS)	Díades – profissional e clientes	É um teste multi-canal de precisão na decodificação de sinais não verbais afetivos (face, corpo e tom de voz). O PONS consiste de um filme de 45 minutos em preto e branco que contém 220 cenas apresentadas através de 11 canais não verbais. A tarefa do entrevistado é combinar o rótulo emocional correto com a expressão não verbal que está sendo comunicado.	Este instrumento é usado em grande parte dos estudos em saúde, mas não é específico para a avaliação da interação médico-paciente. Não avalia a habilidade em decodificar sinais não verbais associados com comunicações verbais.
Child Allocated	Díades –	Analisa as díades focando na distribuição das falas da criança com o	É usado em interações do contexto pediátrico,

Turns System (CAT)	médico-criança	médico, desconsiderando o acompanhante na interação.	mas não analisa a interação do acompanhante, nem dos três participantes (médico, paciente e acompanhante) juntos.
Turn Allocation System (TAS)	Tríades – Médico-criança e acompanhante	Operacionaliza a distribuição de falas entre tríades, descrevendo o padrão de fala dos três participantes (médico, acompanhante e criança), analisando-as em termos de iniciativa, alocação e respostas/reações.	Não apreende comportamentos não verbais, nem aspectos contextuais e se foca mais na alocação da fala do que no processo de interação entre os participantes.
Sistema de análise da comunicação em Costa Neto (1994).	Equipe	Identifica emissões verbais, calcula o tempo total de fala do participante e a frequência de papéis de emissor-receptor. Possui um conjunto de treze classes gerais, entre elas: processo de tomada de decisão quanto ao binômio tempo-demanda; natureza da tomada de decisão; vicissitudes; beneficiado(s) por uma decisão e funções da tomada de decisão.	Não categoriza comportamentos não verbais, nem características do contexto e tem como foco analisar a comunicação sobre tomada de decisão, sendo de difícil aplicação para outros tipos de comunicações durante a consulta.
Sistema de análise da comunicação em Ramos (1999)	Díade – profissional e usuário	Sistema de análise do comportamento verbal composto de: subsistema 1- caracterização da situação de atendimento pela classificação dos episódios de interação paciente-equipe quanto aos autores, ao conteúdo verbal e à finalidade das interações e subsistema 2 - caracterização da participação com a classificação dos comportamentos do paciente quanto à natureza de sua participação.	Não aborda comportamentos não verbais e contextuais e se foca por díade apenas.
Sistema de análise da comunicação de Martins (2001)	Díade – enfermeiro e paciente	Sistema múltiplo de análise, sendo que um sistema foi gerado pela observação e os dois outros ordenaram as percepções de profissionais e pacientes. subsistema 1: dedicado à finalidade da comunicação. subsistema 2: referiu-se ao uso de recursos comunicacionais. subsistema 3: descreveu o fluxo da comunicação.	Não aborda comportamentos não verbais e contextuais e se foca na díade enfermeiro e paciente, sendo necessária adaptação para aplicação em consultas médicas e com tríades.
Sistema de análise da comunicação de Queiroz (2003)	Equipes	Caracteriza o processo de comunicação e a tomada de decisão em equipes. Foram elaborados três sistemas complementares de categorias de análise: 1) temática das verbalizações; 2) mecanismos subjacentes à interação entre profissionais e 3) processo de tomada de decisão. Na pesquisa foi realizado o cruzamento entre os sistemas, o que inova as iniciativas feitas anteriormente.	Não aborda comportamentos não verbais e contextuais e inclui apenas os profissionais, não sendo possível sua aplicação para pacientes.

Sistema de Análise da comunicação de Pinto (2010)	Tríades – pediatra, paciente e acompanhante	Realizando uma adaptação do sistema de Martins (2001), o sistema foi adaptado a um contexto de consulta pediátrica, englobando a interação dos três participantes. Foi elaborado um sistema da observação das imagens com dois sistemas: finalidade da comunicação e recursos comunicacionais. Este sistema foi cruzado com um sistema elaborado a partir das entrevistas com a tríade.	O sistema não é de fácil aplicação para situações <i>in loco</i> e apresenta poucas características do contexto.
Protocolo de pré-consulta comportamental de Kohlsdorf (2012)	Tríades – pediatra, paciente e acompanhante	Detém-se ao processo de comunicação na pré-consulta, com expectativa que tal intervenção influencie a comunicação na consulta. Pode servir como ferramenta para intervenções na comunicação e não como instrumento de análise do processo comunicacional.	O protocolo foi eficaz para possibilitar mudanças no processo de comunicação, abordando conteúdos de preferências do paciente pediátrico e seu acompanhante, o que permitiu promover uma inclusão maior do paciente na comunicação durante a consulta.

3.5. Estrutura da consulta

A organização do atendimento influencia as relações que se estabelecem nesse ambiente, tanto nas relações profissionais – profissionais, como, e principalmente, nas interações profissionais – usuários. Essa influência pode ser benéfica, quando o serviço é organizado de tal forma que o paciente se sente acolhido ao entrar na instituição, percebe um ambiente de privacidade ao ser examinado ou quando sente que o profissional está dando atenção às suas dúvidas e preocupações. De outro modo, a estrutura da consulta pode influenciar negativamente o atendimento ao excluir os pacientes de decisões sobre seu tratamento ou desconsiderar o uso de um protocolo de atendimento que se adeque às suas necessidades (Coelho Filho, 2007; Hertage & Stivers, 1999; Tates et al., 2004; Travaline et al., 2005).

Assim sendo, a organização dos serviços de saúde deve considerar os valores subjetivos do paciente, promovendo sua autonomia e respeitando a diversidade cultural. No entanto, alguns fatores organizacionais, como: alta rotatividade dos profissionais de saúde, estruturas físicas inadequadas de algumas instituições de saúde e sobrecargas físicas e emocionais prejudicam a comunicação com aqueles que são o alvo primordial de suas ações (Cosnier, 1994).

Em muitos serviços de saúde, as consultas médicas são caracterizadas por padrões sistemáticos que a tornam automatizada e, em alguns casos, não integram à prática clínica o contexto integral do paciente. Para compreender o processo de uma consulta não basta apenas um olhar direcionado para seu aspecto técnico, pois ela é sempre influenciada pelos indivíduos que dela participam e pelo local onde ela se realiza, assumindo configurações específicas e singulares (Cosnier, 1994; Cristo &

Araujo, 2013; Kaplan, 1997; Maldonado & Canella, 2009; Martins & Araujo, 2008; Tate et al., 2004).

A consulta médica compreende atributos e procedimentos que parecem determinados por uma lógica interna. De acordo com Cosnier (1994), a consulta no contexto de saúde desenvolve-se a partir de um *script* que é adotado tradicionalmente na medicina e que é compatível, ainda hoje, com as necessidades do atendimento clínico. Esse *script* se inicia com o acolhimento do paciente e seu acompanhante; seguido pelo relato desses sobre a queixa; a exploração dos sintomas pelo médico; a realização dos exames físicos; as explicações diagnósticas; o repasse de prescrições e por último, o fechamento. Desta forma, pode-se dividir a consulta médica em três grandes momentos descritos brevemente a seguir.

1) Acolhimento e apresentação da queixa: o acolhimento marca a relação que se estabelece entre o médico e paciente, sendo personalizada tanto através de emissões verbais, quanto de elementos não verbais como o sorriso, o aperto de mão, a postura, as atitudes e o tom de voz. No momento do informe da queixa se obtém as informações iniciais que permitem conhecer o indivíduo que possui a queixa, bem como a história da doença. Esse momento tem grande importância, pois as informações provenientes da anamnese e as observações que o médico pode fazer, nesses primeiros instantes, fornecem um conjunto de informações que vão permitir o fechamento do quadro clínico e, não raro, é o procedimento que mais contribui para a formulação do diagnóstico (Marvel, Epstein, Flowers, & Beckman, 1999; Penchansky & Thomas, 1981).

No contexto pediátrico, a apresentação da queixa deve ser um momento de investigação por parte dos profissionais, no que concerne aos determinantes do adoecimento da criança (Sucupira, 2007b). A consulta pode ser motivada pela

percepção de um sintoma que antecipa a doença, por um sofrimento expresso de forma difusa em várias queixas ou pela proposta de promoção de saúde, ou seja, a solicitação de um *check-up* (Barbosa & Araujo, 2006).

Na investigação da história clínica do paciente, geralmente, é dada muita ênfase na exploração dos aspectos técnicos da doença e pouca atenção é concedida ao paciente, enquanto sujeito, e à qualidade da informação obtida. Nesse momento, os profissionais devem propiciar uma atitude aberta, de escuta atenta para incentivar a participação do paciente na interação. Na pesquisa realizada por Marvel et al. (1999) ficou claro o quanto essa escuta é comprometida nos atendimentos, pois os médicos pesquisados disponibilizaram um tempo médio de apenas 23,1 segundos para o paciente expressar sua queixa, antes deles fazerem o primeiro redirecionamento da anamnese. Ainda nesse estudo, os médicos usaram perguntas fechadas, não solicitaram que o paciente relatasse novas queixas e dominaram o discurso nesta fase da consulta com o intuito de fechar o diagnóstico formulado previamente. Nesse primeiro momento da consulta é necessário que o profissional tenha a capacidade de ouvir o paciente, consiga manter o diálogo e, ao mesmo tempo, seja objetivo para obter as informações relevantes para atender as necessidades do paciente e alcançar um diagnóstico mais preciso (Porto, 2003; Salmon & Atkin, 2003).

2) Exame físico: é o momento de maior proximidade física entre médico e paciente e por isso, pode gerar reações físicas provenientes de tensão, como taquicardia, sudorese ou mesmo a recusa explícita nas crianças, nos adultos e/ou nos idosos. Manter a privacidade do paciente é fundamental, pois o paciente revela sua intimidade para uma pessoa, em alguns casos, estranha a ele, como no caso de uma primeira consulta (Heath, 1994b; Sucupira, 2007b).

Comumente, nesse momento da consulta os pacientes adotam uma postura ora de pessoas insensíveis para que o seu corpo possa ser passível de manipulação, ora de pessoa com sensibilidade para cooperar com o que é exigido durante o exame, como levantar o braço e abrir mais a boca. A intenção desse comportamento é auxiliar para que o exame seja realizado com menos constrangimento e autorizar o médico a realizar seu trabalho de análise e investigação. O respeito ao paciente exige que nesse momento se mantenha a privacidade do mesmo, embora se saiba que nos serviços públicos de saúde, é frequente a invasão dos consultórios por todos os profissionais e outros usuários, pelos mais diversos e irrelevantes motivos (Heath, 1994b).

Diferentes formas de comunicação são estabelecidas no momento do exame. Primeiramente, o médico fornece orientações sobre as ações do paciente para, posteriormente perguntar sobre sensações associadas com o exame (Hertage & Stivers, 1999). Indicações da literatura ressaltam que nesse momento o médico deve comunicar com antecedência os procedimentos que irá realizar para proporcionar ao paciente mais tranquilidade, deixando os procedimentos mais dolorosos e constrangedores para o final. No entanto, pouco se sabe sobre práticas em que médicos explicam aos seus pacientes o que eles estão fazendo, vendo, e para quê (Heath, 1994b; Santos, 2001).

No caso de atendimentos pediátricos, o médico deve focar nos setores que podem estar mais diretamente relacionados à queixa, no entanto, como as características principais da infância são o crescimento e o desenvolvimento, o exame deve ser sempre completo e realizado por segmentos, seja no sentido craniocaudal ou vice-versa (Enskar & Essen, 2000; Leite et al., 2007).

3) Formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico: nesse momento, as evidências resultantes da clínica, são, na maioria dos casos, suficientes

para se chegar a um diagnóstico pertinente às queixas referidas pelo paciente (Heath, 1994a). Algumas consultas, no entanto, chegam a esse segmento sem um diagnóstico confirmado. Esse caso ocorre principalmente em consultas da assistência primária, quando a queixa extrapola o seu nível de atenção e o paciente tem que procurar um especialista ou realizar exames complementares.

O informe diagnóstico é um dos maiores problemas enfrentados pelos médicos, pois muitos não possuem habilidades verbais para esse momento. O relato deve abarcar a natureza e a causa dos problemas, os fatores psicológicos, sociais e culturais envolvidos. Em muitos casos, ele pode parecer simples para os médicos, no entanto é recebido como grave pelas experiências anteriores dos pacientes (Straub, 2005). Nesse sentido, o essencial é promover espaços para que os pacientes consigam verbalizar suas dúvidas, desejos e medos pelo informe do diagnóstico e que o médico perceba suas crenças e seus mitos (Fujioka & Stewart, 2013; Heath, 1994a; Leite et al., 2007; Maldonado & Canella, 2009).

Dependendo da situação, do tempo disponível, da habilidade e escolha do médico, o informe diagnóstico pode ser feito por uma palavra apenas ou uma descrição detalhada do desenvolvimento dos sintomas da doença. Geralmente, o médico informa ao paciente sobre a natureza e a gravidade do seu quadro clínico, compreendendo descrições de seu estado físico, avaliações e denominações das doenças. Os médicos generalistas geralmente informam o diagnóstico logo após o exame físico (Heath, 1994a).

Na elaboração do plano terapêutico são realizadas as prescrições de medicamentos e exames até orientações dietéticas e indicações de hábitos de vida mais saudáveis (Sucupira, 2007b). Para que se alcance a adesão ao tratamento é fundamental

que nesse momento o médico respeite a compreensão de seu paciente e repasse propostas contextualizadas com sua rotina e suas condições de vida (Elwyn et al., 2001; Epstein, Alper, & Quill, 2004; Straub, 2005).

O conteúdo das verbalizações emitidas durante toda a consulta no contexto pediátrico deve perpassar assuntos com enfoque educativo, responsabilizando os indivíduos na aquisição de hábitos saudáveis de vida. Para isso, são necessárias em todas as consultas orientações de promoção de saúde e medidas específicas de prevenção de agravos (Porto, 2003; Salmon & Atkin, 2003).

Em resumo, diante da escassez de instrumentos que avaliam a dinâmica de interação entre médicos, pacientes pediátricos e acompanhantes apresentadas nesse capítulo, percebe-se a necessidade de criar estratégias de avaliação da comunicação da tríade. Outra estratégia é adaptar instrumentos já existentes em outros contextos, por exemplo, os que são utilizados com díades, buscando contemplar não só a codificação de comportamentos instrumentais e socioemocionais, como também as características peculiares do contexto da interação. Esta tese pretende, portanto, oferecer subsídios teóricos e metodológicos para a avaliação da comunicação em tríades. Com isso, espera-se, a partir dos resultados, oferecer recomendações tanto para a educação em saúde quanto para a prática médica, além de estimular a produção científica a respeito desse tema. Com base no caráter sequencial das consultas em saúde e sua estrutura baseada em *scripts*, muitas vezes, rígidos, o sistema elaborado nesta pesquisa de doutoramento será estruturado também em três momentos da consulta, entendendo-se que cada segmento possui alguns comportamentos semelhantes, mas também outros muito específicos. A seguir são apresentados com mais detalhes os objetivos desta proposta e os estudos a serem desenvolvidos.

CAPÍTULO 4

DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo tem como finalidade apresentar os objetivos geral e específicos dos estudos que compõem esta tese. Posteriormente, serão descritas as etapas do processo de pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados nos três estudos desenvolvidos. Em seguida, serão apresentados os resultados e as discussões de cada estudo.

4.1. Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa foi elaborar e validar um sistema de análise interacional para médico, paciente pediátrico e acompanhante (tríade) em consultas pediátricas e adaptar um modelo teórico de comunicação em saúde da criança.

Especificamente, os objetivos foram: a) elaborar um sistema de análise interacional para tríades; b) testar esse sistema, verificando sua validade e precisão por meio de observações de gravações de áudio e imagem das consultas; c) elaborar uma versão abreviada do sistema, para que possa ser usada *in loco* nas consultas pediátricas e d) propor uma modificação no modelo de comunicação de Northouse e Northouse (1992), incluindo os aspectos identificados empiricamente em uma comunicação triádica no contexto de consulta pediátrica. Para atingir esses objetivos foram desenvolvidos três estudos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3

Descrição Metodológica das Fases da Pesquisa

Finalidade	Procedimentos
ESTUDO 1	
Elaboração do sistema de análise interacional para tríades em consultas pediátricas - Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT)	Revisão da literatura, dos modelos teóricos de comunicação em saúde, dos instrumentos nacionais e internacionais existentes e revisão das críticas feitas por outros estudos a esses instrumentos.
Revisão dos indicadores do sistema por especialistas	Revisão por parte de dois especialistas em psicologia da saúde, um especificamente na área da comunicação. Ambos verificaram a adequação do sistema quanto à clareza na descrição das categorias elaboradas; à facilidade na compreensão dos itens e das instruções para aplicação do instrumento; e ao entendimento das opções de resposta.
Estudo Piloto	Verificou-se a aplicabilidade do sistema e a necessidade de nova adequação a partir de duas gravações do estudo de Pinto (2010).
ESTUDO 2	
Utilização do sistema por quatro auxiliares de pesquisa para analisar a interação da comunicação entre a tríade em duas consultas da pesquisa Pinto (2010).	As gravações foram assistidas e os registros foram feitos no sistema de análise interacional proposto no Estudo I.
Verificação de evidências de validade do sistema	Para testar a validade do instrumento foram comparadas as categorizações das duas consultas da pesquisa de Pinto (2010) pelos quatro auxiliares com as categorizações da pesquisadora. O acordo entre as categorizações dos auxiliares e a categorização realizada pela pesquisadora foi analisado utilizando o coeficiente de Kappa.
Comparação dos resultados dos auxiliares para identificar evidências de precisão do sistema	As frequências das interações e dos comportamentos emitidos durante cada consulta e registrados pelos quatro auxiliares foram comparadas entre si, por meio do teste estatístico não-paramétrico Kruskal-Wallis.
ESTUDO 3	
Elaboração das duas versões do questionário (um para os adultos e outra para a criança) e realização de estudo piloto.	Foram elaborados duas versões de questionários com base no sistema interacional, adaptando-se a linguagem das instruções e dos itens para os participantes (uma criança e dois adultos, o acompanhante e o médico). Os respondentes deveriam julgar o grau de importância de cada comportamento para alcançar uma comunicação satisfatória em suas opiniões. Foi usada uma escala de resposta tipo Likert variando entre 1 – não é importante

Estudo piloto do questionário	– até 5 – muito importante. Foi realizado um estudo piloto com três crianças, dois acompanhantes e dois pediatras, com o intuito de verificar a possível adequação dos instrumentos para esta população. Foram realizados ajustes na formatação e na redação dos itens ao final desse estudo.
Aplicação de questionário com os participantes	Foram aplicados 316 questionários. Desses, 140 com pacientes pediátricos entre sete a 11 anos, sem complicações médicas que comprometessem sua participação na investigação; 141 com acompanhantes de crianças de sete a 11 anos, e 35 com pediatras em diferentes serviços.
Elaboração da versão reduzida do sistema para aplicação <i>in loco</i>	Por meio da análise de componentes principais foi possível analisar os itens mais importantes e escolher os que apresentarem maior carga fatorial e melhores parâmetros de precisão para comporem a versão breve do sistema.
Adaptação do modelo teórico a partir dos resultados dos estudos 2 e 3.	Adaptação do modelo teórico escolhido no Estudo 1 a partir dos resultados dos Estudos 2 e 3, a fim de representar de forma diagramática a comunicação no contexto pediátrico.

4.2. Procedimentos Éticos:

Em observância às normas éticas da Comissão Nacional de Saúde (Resolução CNS 196/96, vigente na época¹), esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS-SES-DF).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para todos os participantes, adaptando-se a linguagem para cada um deles. Foi informado o caráter voluntário da pesquisa. Informou-se também que eles poderiam recusar a participação sem prejuízos ao atendimento recebido nas instituições de saúde.

¹ Em 2012, o CEP aprovou a Resolução 466 que define as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, em substituição à Resolução CNS 196/96.

4.3. Estudo 1

Os objetivos desse estudo foram: (1) elaborar uma versão preliminar do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT), buscando uma estrutura de fácil identificação e registros dos comportamentos em consultas pediátricas, (2) revisar o instrumento com o auxílio de especialistas e (3) realizar um estudo piloto do SAIT a partir de consultas reais filmadas previamente.

4.3.1. Método

Participantes

Na etapa de elaboração do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) em consultas pediátricas participaram dois pesquisadores da área de saúde, sendo um deles especialista na área de comunicação em saúde. Ambos tinham a tarefa de analisar o instrumento elaborado previamente para verificar necessidade de adequações.

Também participaram cinco juízes (auxiliares de pesquisa), sendo todos estudantes do curso de psicologia de universidade privada de Brasília-DF. Dois auxiliares eram do 3º semestre, um do 7º semestre e os outros dois do 10º semestre de psicologia. Quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Esses estudantes foram selecionados por apresentar bom histórico escolar e desempenho acadêmico, além de desenvoltura em sala de aula, pontualidade, compromisso com as atividades, motivação e disponibilidade de tempo. Todos os auxiliares assinaram um termo de compromisso em que afirmavam ter comprometimento e responsabilidade com a função de auxiliar de pesquisa, tratar com cordialidade e respeito os envolvidos no estudo e manter o sigilo das informações coletadas durante todo o processo de investigação.

Instrumento

O Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) em consultas pediátricas consiste em um protocolo estruturado de observação, composto por uma lista de 131 comportamentos (dispostos nas linhas) e nove tipos de respostas interacionais entre os participantes da consulta (dispostos em colunas), isto é, médico-paciente, médico-ambos e médico-acompanhante; paciente-médico, paciente-ambos e paciente-acompanhante; acompanhante-paciente, acompanhante-ambos e acompanhante-médico.

Esses comportamentos e interações, por sua vez, estão agrupados em três momentos da consulta: (1) primeiro momento, *acolhimento e investigação da queixa*; (2) segundo momento, *exame físico*, e (3) terceiro momento, *formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico*, sendo que todos os momentos possuem itens correspondentes. Este agrupamento em momentos seguiu indicação da literatura (e.g., Cosnier, 1994; Marvel et al., 1999; Penchansky & Thomas, 1981; Sucupira, 2007b). A escolha por realizar essa divisão ocorreu para facilitar a categorização e permitir com que análises sejam realizadas em cada momento da consulta separadamente, ou seja, perceber como ocorre a interação entre a tríade diferenciando-se a comunicação nos três momentos.

Ademais, com essa organização, o sistema elaborado poderá ser utilizado não somente de forma integral, como também categorizando os comportamentos em um momento específico da consulta. Por exemplo, no caso de pesquisas que queiram avaliar a comunicação no momento do diagnóstico, ou que tenham interesse somente na interação durante o exame físico.

O preenchimento do SAIT, isto é, a marcação das respostas, pode ocorrer de duas formas: (1) com um “X” na célula onde ocorre a interseção entre o comportamento

e a interação, quando o interesse do aplicador for apenas registrar a *ocorrência de determinado comportamento* (a célula fica em branco quando não ocorreu o comportamento), ou (2) com traços para registrar a *frequência*, ou seja, a quantidade com que os comportamentos ocorrem durante a consulta (por exemplo, “|||||” indicando que ocorreram cinco comportamentos na interação identificada – cada traço significa um comportamento emitido).

O SAIT também prevê a avaliação de *aspectos não comportamentais* em cada momento da consulta, como os ruídos e a temperatura do ambiente, sendo que os registros dessas categorias são apenas pela presença/ausência ou ocorrência/não ocorrência (Sim ou Não). Por exemplo, se ocorreram ruídos que prejudicaram a consulta ou se a temperatura da sala prejudicou a interação entre a tríade, deve-se marcar a opção “Sim”.

A literatura indica que deve existir um equilíbrio na interação dos três participantes nos três momentos da consulta, embora se saiba que em cada etapa há a predominância de algum participante como o emissor. Por exemplo, no relato da queixa, o acompanhante ou o paciente relatam mais e, na indicação do plano terapêutico, o pediatra é quem mais verbaliza (Penchansky & Thomas, 1981; Tates & Meeuwesen, 2000, 2001; Sucupira, 2007b).

Diante disso, as conclusões obtidas a partir das análises das consultas podem ser classificadas também de duas formas: (1) a centralização da consulta, que pode ser centrada no médico, centrada no paciente ou centrada no acompanhante, e (2) foco da interação, que pode ser uma interação efetiva entre díades ou entre a tríade, cuja análise baseia-se nas maiores emissões entre receptor e emissor. Essas formas de conclusão *não* se propõem a serem julgamentos valorativos sobre se a consulta é mais adequada ou

pouco satisfatória. Isto porque, considera-se que cada tríade tem um perfil diferente de interação e, neste caso, pode acontecer que nem sempre uma consulta centrada no médico seja ruim ou que uma consulta centrada no paciente seja considerada satisfatória para esse paciente e seu acompanhante.

Procedimentos

Elaboração do SAIT. Conforme exposto na revisão de literatura, foram pesquisados os modelos teóricos da comunicação em saúde. O modelo de Northouse e Northouse (1992) foi o que melhor se aproximou da comunicação estabelecida em consultas pediátricas. Esse modelo apresentou uma perspectiva ampla do processo de comunicação, sendo incluídas, por exemplo, as influências contextuais. Além disso, o modelo aponta que além do médico e do paciente, há outros participantes significativos que interferem na comunicação durante a consulta, ressaltando, ainda, que a relação desse outro significativo também afeta as ações e comportamentos em saúde. Essa concepção do modelo auxiliou também na idealização e estruturação do presente Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT).

Durante a revisão, foram ainda identificados os instrumentos utilizados para avaliar tríades. Com base nos poucos estudos com tríades (Tates & Meeuwesen, 2000, 2001), e no instrumento *Turn Allocation System* (TAS), que analisa tríades em termos de iniciativa, alocação e respostas/reações, optou-se por categorizar as respostas dos comportamentos pelas interações entre emissores e receptores (i.e., por quem o comportamento foi emitido e para quem ele foi direcionado).

Também foi realizado um levantamento dos indicadores referentes às dimensões dos comportamentos verbais e não verbais associados às três características importantes,

sendo categorizados preliminarmente em aspectos: (1) contextuais, (2) instrumentais e (3) socioemocionais da interação entre a tríade (veja Anexo A).

As categorias de um dos instrumentos específicos mais evidenciados na literatura também embasaram a elaboração do sistema dessa pesquisa, o Roter's Interactional Analysis System (RIAS) (ver anexo B), por ser uma das ferramentas mais utilizadas em saúde para avaliar a comunicação em díades.

Após essa primeira categorização, os comportamentos identificados na literatura (e.g., “fornecer informações”) transformaram-se em itens, contextualizando-os na situação da consulta pediátrica e na interação (e.g., “o pediatra fornece informações sobre o diagnóstico do paciente”). Esse procedimento foi feito com base em Pinto (2010), assim como, categorias específicas do contexto pediátrico também foram retiradas daquela pesquisa para compor o SAIT (ver Anexo C).

Uma vez construídos os itens, eles passaram pela análise teórica, a fim de verificar se representavam adequadamente os componentes, isto é, se apresentava validade de conteúdo (Pasquali, 1999), neste caso, da comunicação em tríades. Essa etapa compreendeu a análise semântica dos itens, cujo objetivo foi verificar se eles eram compreensíveis aos membros da população-alvo. Para essa tarefa, foram convidados dois especialistas em psicologia da saúde para revisarem o sistema no que se refere aos seguintes aspectos: adequação do sistema quanto à clareza na descrição das categorias elaboradas; quanto à facilidade na compreensão das instruções na aplicação, dos itens e das opções de resposta, e quanto à adequação dos indicadores criados para cada categoria: instrumental, socioemocional e contextual.

As análises dos especialistas foram independentes. As dúvidas e sugestões foram discutidas com a pesquisadora. No que concerne às divergências, procurou-se alcançar

um consenso. Os casos onde persistiu a dúvida ou a contradição foram registrados para que o profissional especialista pudesse apresentar outro ponto de vista do problema.

Em seguida, foi realizado um estudo piloto do SAIT com os cinco juízes auxiliares de pesquisa. Para a realização dessa etapa, os juízes receberam um treinamento teórico de 20h distribuídas em cinco encontros, com a finalidade de apresentar a pesquisa, o SAIT e a tarefa a ser desempenhada. Nesses encontros, especificamente, foram repassados conhecimentos teóricos sobre: o processo de comunicação em saúde; o contexto de consultas pediátricas; a resolução CNS 196/96; as práticas de entrevista e os cuidados éticos na realização de pesquisa e, mais especificamente, na pesquisa com crianças. Após o treinamento, iniciou-se a aplicação do estudo piloto para verificar a primeira aplicabilidade do sistema e a necessidade de nova adequação no material descrito a seguir.

Material analisado. Para preencher o SAIT, os juízes dispunham dos seguintes materiais: (1) duas consultas reais gravadas em vídeo em um centro de saúde e em um hospital da rede pública de Brasília-DF, e (2) as transcrições dos discursos da tríade apresentados nessas filmagens. Esses vídeos foram coletados em outra pesquisa (Pinto, 2010). Nessas consultas, participaram duas pediatras, duas crianças e dois acompanhantes. A seguir apresenta-se um resumo dessas consultas.

Filmagem 1, consulta no centro de saúde: o paciente pediátrico tinha nove anos, cursava a 5ª série e foi diagnosticado com bronquite. Estava acompanhado da mãe, que tinha 35 anos, possuía o ensino fundamental completo e residia em Ceilândia. A consulta durou 10 minutos e 15 segundos. O paciente e a acompanhante não conheciam a médica previamente, era a primeira vez que procuravam a instituição para receber

atendimento. A pediatra que realizou a consulta tinha 46 anos de idade, 22 anos de formação, trabalhava há 20 anos na instituição e possuía especialização em pediatria.

Filmagem 2, consulta no pronto-atendimento do hospital: o paciente pediátrico tinha sete anos, cursava a 2ª série e foi diagnosticado com herpes. Estava acompanhado da mãe, 35 anos, que possui ensino médio completo e residia em Brasília. A consulta durou nove minutos e 30 segundos. No hospital, o paciente e a acompanhante desconheciam a médica de plantão. A pediatra tinha 44 anos de idade, 19 anos de formação, sete anos atuando na instituição e com especialização em alergia pediátrica.

Análise das consultas e registro dos comportamentos no SAIT. Cada um dos cinco juízes receberam duas cópias impressas do SAIT e um documento com as descrições e exemplos de cada comportamento indicado nos itens do SAIT (Anexo D). Receberam também lápis, caneta e borracha. Os juízes foram reunidos em uma sala para assistir as gravações das consultas, que foram projetadas para que pudessem assistir coletivamente. A finalidade era fazer com que eles conhecessem mais as consultas. Em seguida, eles leram todo o SAIT para se familiarizarem com os itens. Posteriormente, eles realizaram a leitura das transcrições dos diálogos entre as tríades nas consultas e iniciaram os registros dos comportamentos verbais no SAIT. Finalizada essa etapa, os vídeos das consultas foram projetados mais uma vez, sendo realizadas pausas quando necessário, para registro dos comportamentos não verbais.

Ao final das análises das duas consultas, foram discutidos os registros dos juízes em cada comportamento identificando as concordâncias e discordâncias. Cada comportamento descrito no sistema foi exaustivamente debatido até que se alcançasse uma concordância entre a pesquisadora e os cinco auxiliares de pesquisa para finalizar a descrição de cada categoria comportamental que compõe o instrumento.

4.3.2. Resultados

Nesta seção apresenta-se o SAIT, devidamente elaborado e após as contribuições dos especialistas e dos juízes. O *layout* do SAIT foi construído para facilitar e otimizar o tempo nas análises e conclusões sobre a comunicação na tríade. Assim, é possível perceber: qual o emissor que realiza mais comunicações, a quem são direcionadas e o momento da consulta. Na estruturação do SAIT utilizou-se uma degradação de cores entre os participantes (cinza escuro, cinza claro e branco) para facilitar o registro dos comportamentos. Optou-se também por começar os registros pelas interações emitidas pelo médico, tendo em vista que estudos indicam que esse participante é quem realiza o maior número de verbalizações em alguns momentos da consulta. A Tabela 4 mostra a organização dos comportamentos e interações entre a tríade no primeiro momento, *acolhimento e investigação da queixa*, que ficou com 43 itens que representam aspectos comportamentais e não comportamentais, e mais um espaço para o registro de comportamentos que não estão listados para aperfeiçoamento futuro do SAIT. Nesse momento da consulta é dada ênfase aos comportamentos que são emitidos no primeiro contato entre o pediatra, o paciente e seu acompanhante; que promovem o estabelecimento de *rapport*; que ajudam o médico a entender mais sobre o motivo da procura do atendimento; que repassa informações sobre características do paciente; que clarificam as dúvidas do profissional sobre o início do sintomas, entre outros.

Comportamentos observados	Respostas Interacionais								
	Médico			Paciente			Acompanhante		
	P	Ambos	A	M	Ambos	A	P	Ambos	M
23. Utiliza linguagem infantilizada									
24. Utiliza linguagem médica/termos técnicos									
25. Fala assuntos não relacionados à consulta para se aproximar do outro									
26. Demonstra aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz									
27. É atencioso à fala do outro									
28. Demonstra apoio ao outro									
29. Demonstra preocupação com o outro									
30. Compreende os sentimentos ou reações do outro/tem empatia									
31. Faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz									
32. Faz críticas ao outro pelo que ele diz ou faz									
33. Sorri e/ou ri para o outro									
34. Chora para demonstrar incômodo, dor, medo ou ansiedade									
35. Faz pausa ou silêncio prolongado após fala									
36. Comunica procedimentos que serão realizados									
Aspectos não comportamentais	Respostas								
37. Ocorrem interrupções durante essa fase da consulta	SIM () Quantas? _____					NÃO ()			
38. Posição dos móveis dificulta a comunicação	SIM ()					NÃO ()			
39. Ruídos da sala dificultam a comunicação nessa fase	SIM ()					NÃO ()			
40. A iluminação da sala dificulta a comunicação nessa fase	SIM ()					NÃO ()			
41. A temperatura da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()					NÃO ()			
42. Tempo de espera dificultou a comunicação no atendimento	SIM ()					NÃO ()			
43. Tempo da consulta neste momento dificultou a comunicação	SIM ()					NÃO ()			
Outros comportamentos: colocar aqui comportamentos que apareceram e não estão listados nas categorias									

A Tabela 5 mostra a organização dos comportamentos e interações entre a tríade no segundo momento, *exame físico*, com 46 itens listados que representam aspectos comportamentais e não comportamentais, e mais um espaço para o registro de comportamentos que não estão listados. O foco dos comportamentos desse momento se relaciona a solicitações do médico para que o paciente emita comportamentos que auxilie a encontrar evidências, na investigação física, que auxiliem no fechamento de um diagnóstico; que solicite permissão para tocar no corpo no paciente; que auxilie o paciente a se vestir ou descer da maca, entre outros.

Finalmente, a Tabela 6 mostra a organização dos comportamentos e interações entre a tríade no terceiro momento, *formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico*, com 43 itens listados que representam aspectos comportamentais e não comportamentais, e mais um espaço para o registro de comportamentos que não estão listados. Nesse momento da consulta o importante é comunicar acerca do diagnóstico do paciente; informar necessidades de mudanças de hábitos para que o paciente melhore sua condição de saúde; negociar o melhor tratamento para o paciente e sua acompanhante; entre outros.


Comportamentos observados	Respostas Interacionais								
	<div>Médico</div> <div>↙ ↘</div>			<div>Paciente</div> <div>↙ ↘</div>			<div>Acompanhante</div> <div>↙ ↘</div>		
	P	Ambos	A	M	Ambos	A	P	Ambos	M
23. Utiliza linguagem infantilizada									
24. Utiliza linguagem médica/termos técnicos									
25. Fala assuntos não relacionados à consulta para se aproximar do outro									
26. Demonstra aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz									
27. É atencioso à fala do outro									
28. Demonstra apoio ao outro									
29. Demonstra preocupação com o outro									
30. Compreende os sentimentos ou reações do outro/tem empatia									
31. Faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz									
32. Faz críticas ao outro pelo que ele diz ou faz									
33. Sorri e/ou ri para o outro									
34. Chora para demonstrar incômodo, dor, medo ou ansiedade									
35. Faz pausa ou silêncio prolongado após fala									
36. Usa saudações/cumprimentos verbais de despedida									
37. Usa toques de cumprimentos de despedida									
Aspectos não comportamentais	Respostas								
38. Ocorrem interrupções durante esta fase da consulta	SIM () Quantas? _____						NÃO ()		
39. Posição dos móveis dificulta a comunicação	SIM ()						NÃO ()		
40. Ruídos da sala dificultam a comunicação nesta fase	SIM ()						NÃO ()		
41. A iluminação da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()						NÃO ()		
42. A temperatura da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()						NÃO ()		
43. O tempo da consulta neste momento dificultou a comunicação	SIM ()						NÃO ()		
Outros comportamentos: colocar aqui comportamentos que apareceram e não estão listados nas categorias									

Em conjunto, esses três momentos formam o SAIT. Aos psicólogos, médicos e outros profissionais de saúde interessados em avaliar a comunicação na tríade, as análises poderão ser realizadas basicamente de duas formas: (1) por contagem de emissão de comportamentos que foram registrados por traços e (2) por inspeção visual de onde se concentram esses traços (e.g., caso haja uma dispersão de marcações de traços por todo o sistema, isto é, linhas (que indicam os comportamentos) e colunas (que indicam as interações), se verificará que houve uma participação equilibrada dos participantes durante cada momento da consulta ou em toda a consulta.

4.3.3. Discussão

O Estudo 1 objetivou elaborar uma versão preliminar do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT), buscando uma estrutura de fácil identificação e registros dos comportamentos em consultas pediátricas, assim como realizar um estudo piloto do SAIT a partir de consultas reais filmadas previamente. Não foi encontrado, até o momento, um instrumento para avaliar tríades em consultas pediátricas no contexto brasileiro ou uma versão traduzida para o português. Por essa razão, procedeu-se à criação do mesmo. O presente Estudo teve como foco principal operacionalizar o SAIT, tentando garantir uma estrutura e organização viáveis à aplicação, e avaliar os aspectos semânticos dos itens, buscando homogeneizar a compreensão de cada comportamento e dos seus significados. Este estudo fundamenta o estudo seguinte, onde o SAIT será posto à prova empírica.

As divergências entre os especialistas, assim como as sugestões para aperfeiçoamento do sistema foram consideradas e incorporadas em uma reformulação do SAIT. Os juízes auxiliares de pesquisa também ofereceram *feedbacks* para melhorá-

lo (e.g., dificuldades com a aplicação, mudanças para facilitar o manuseio e a utilização). Especificamente, as sugestões ocorreram na redação dos itens, onde foi preciso esclarecer alguns deles; na posição dos itens, uma vez que alguns comportamentos ocorriam geralmente subsequentes a outros e na forma de registro do instrumento. Percebeu-se que o uso de marcações em blocos do tipo , onde cada traço representa uma ocorrência, facilitava o registro. Outra alteração que ocorreu foi na formatação do sistema, sendo necessário numerar os comportamentos, pois, assim, não só facilitava a memorização dos comportamentos como ficava mais fácil realizar as comparações entre os registros feitos por cada auxiliar de pesquisa. A partir disso, foram feitas modificações na versão final do SAIT.

Ao final do estudo piloto, o SAIT ficou mais estruturado e pronto para ser testado com a finalidade de verificar sua aplicabilidade, precisão e validade para avaliar as consultas no contexto do atendimento pediátrico. Isto foi testado no Estudo 2, conforme apresentado a seguir. A partir de tais evidências, o produto das análises do SAIT possibilitará ao avaliador maior confiabilidade para identificar quais comportamentos e interações podem ser reforçados, estimulados ou melhorados, visando a prestação de um melhor serviço destinado ao público infantil e a satisfação dos envolvidos na consulta.

4.4. Estudo 2

O objetivo desse estudo foi identificar evidências de validade de construto e de precisão do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) em consultas pediátricas, elaborado previamente no Estudo 1. A validade de construto é um parâmetro que sugere que o instrumento está medindo, de fato, o que se pretende medir (Pasquali, 1999), nesse estudo, a comunicação em tríades. A precisão, neste estudo, diz respeito ao grau de concordância entre diferentes avaliadores em relação ao objeto analisado (consulta pediátrica), utilizando-se os mesmos parâmetros, o SAIT.

4.4.1. Método

Participantes

Participaram quatro dos cinco auxiliares de pesquisa, estudantes de graduação de psicologia, que colaboraram no Estudo 1. Somente uma aluna do 3º semestre não pôde participar, por motivos de compromissos pessoais nesse momento da investigação.

Instrumento

Foi usado mais uma vez o Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) para consultas pediátricas, que consiste em um protocolo estruturado de observação, conforme descrito no Estudo 1.

Procedimentos

Análise das consultas e registro dos comportamentos no SAIT. Para concretização dessa etapa, os auxiliares de pesquisa receberam uma pasta contendo: duas consultas gravadas em DVD, duas cópias do Sistema de Análise Interacional para Tríades, elaborado no Estudo 1 e a ficha de descrição das categorias comportamentais, também finalizada no Estudo 1, para ser usada em caso de dúvidas sobre alguma categoria. As categorizações de cada gravação das consultas foram feitas

separadamente, sendo os avaliadores instruídos da necessidade de não trocarem informações. Vale ressaltar que nenhum auxiliar estudava na mesma sala no momento da realização dessa etapa da pesquisa.

Material analisado. Para preencher o SAIT, os juízes dispunham dos seguintes materiais: (1) duas consultas reais gravadas em vídeo em um centro de saúde e em um hospital da rede pública de Brasília-DF e (2) as transcrições dos discursos da tríade apresentados nessas filmagens, todos contidos nas pastas descritas anteriormente. Esses vídeos também foram coletados em outra pesquisa (Pinto, 2010), e são vídeos diferentes daqueles usados no Estudo 1. Foram selecionadas duas consultas realizadas em duas instituições de níveis assistenciais diferentes, com a finalidade de testar SAIT em contextos distintos. Nessas consultas, participam duas pediatras, duas crianças e dois acompanhantes. A seguir apresenta-se um resumo dessas novas consultas.

Filmagem 1, consulta no centro de saúde: o paciente pediátrico tinha oito anos, cursava a 2ª série e foi diagnosticado com rinite alérgica. Estava acompanhado da mãe, que tinha 38 anos, possuía o ensino médio completo e residia em Taguatinga. A consulta durou 20 minutos e 25 segundos. O paciente era atendido por esta médica desde o seu nascimento, mas não se tratava de uma consulta de segmento e sim uma primeira consulta motivada por nova queixa. A verbalização durante a consulta é bem variada, incluindo assuntos não relacionados à consulta. A pediatra que realizou a consulta tinha 49 anos de idade, 25 anos de formação, trabalhava há 18 anos na instituição e possuía especialização em pediatria.

Filmagem 2, consulta no pronto-atendimento do hospital: o paciente pediátrico tinha sete anos, cursava a 2ª série e foi diagnosticado com sinusite. Estava acompanhado da mãe, 24 anos, que possui ensino fundamental completo e residia em Itapoã. A

consulta durou oito minutos e 20 segundos. No hospital, o paciente e a acompanhante desconheciam a médica de plantão. A pediatra tinha 47 anos de idade, 21 anos de formação, cinco anos atuando na instituição e com especialização em pediatria, acupuntura e homeopatia.

Delineamento e análise. Para obter evidências de validade de construto do SAIT, os registros de ocorrência de cada interação, conforme registrado por cada juiz (os preditores), foram comparados individualmente com o registro da pesquisadora (considerado critério de comparação). O registro da pesquisadora serviu como critério em função de sua experiência utilizando essa metodologia e de seu conhecimento específico na área. Sendo assim, o grau de concordância entre cada juiz com o critério indicará evidência de que eles estão avaliando a mesma coisa. Isto significa que quanto mais os registros dos juízes estão em acordo com o da pesquisadora (critério), maior a evidência de validade. Ou seja, o instrumento é válido porque mede aquilo que se propõe a medir (Pasquali, 2007).

A instrução dada aos juízes foi para que eles registrassem a frequência dos comportamentos. Para analisar somente a *ocorrência* ou não das interações, os registros foram codificados da seguinte forma: quando a interação foi registrada uma ou mais vezes, ele foi codificado como 1 (ocorreu), e quando não houve registro de interação, ele foi codificado como 0 (não ocorreu). Isso foi feito porque o teste estatístico utilizado neste delineamento compara dados categóricos: o coeficiente Kappa. Esse teste estatístico verifica a confiabilidade de medidas usadas para examinar o acordo entre duas pessoas (avaliadores/observadores) sobre a atribuição de categorias. Esse coeficiente também tem sido usado para verificação da validade de construto (e.g., Cohen, 1968; Wynd, Schmidt, & Schaefer, 2003) em delineamentos semelhantes ao

adotado neste estudo. O Kappa é uma medida importante para determinar o quão bem funciona uma implementação de algum sistema de codificação ou de medição.

A medida estatística dessa confiabilidade é de Cohen Kappa, que varia entre 0 e 1 (embora os números negativos sejam possíveis). Números próximos de 1 significam melhor confiabilidade; valores perto ou menores que zero sugerem que o acordo pode ser atribuído ao acaso. Sendo assim, esse coeficiente avalia o quanto a concordância dos avaliadores é semelhante, e é uma medida confiável, pois leva em consideração o quanto a possibilidade de concordância entre os avaliadores pode ter ocorrido ao acaso. Como uma regra de valores para o coeficiente Kappa, tem-se: < 0 – acordo pobre; 0 - 0,20 – ligeiro acordo; 0,21 - 0,40 – acordo justo; 0,41 - 0,60 – acordo moderado; 0,61 - 0,80 – acordo substancial e 0,81 - 1,00 – concordância quase perfeita (Landis & Koch, 1977).

Para obter evidências de precisão do SAIT, os registros de *frequência* dos comportamentos, conforme registrado por cada juiz, foram comparados entre eles. Foram realizadas duas análises: (1) comparando-se a frequência de comportamentos observados (itens - linhas) e (2) comparando-se as frequências de interações (colunas). Isto foi feito para cada uma das duas consultas avaliadas. Esse delineamento buscou operacionalizar o conceito de precisão, que se relaciona ao quanto que uma medida avalia algo com pouca probabilidade de erro. Nesse caso, se existe concordância entre os avaliadores quantos às frequências atribuídas aos comportamentos e às interações, está evidenciada a precisão do SAIT, reduzindo-se a probabilidade de as diferenças entre os resultados dos avaliadores ocorrerem por erro da medida.

A fim de analisar a precisão dos registros foi aplicado o teste estatístico Kruskal-Wallis, que é um teste não-paramétrico utilizado na comparação de três ou mais

amostras independentes, e que indica se há diferença entre pelo menos duas delas. A escolha por esse teste ocorreu em função da quantidade reduzida de amostra de sujeitos e por não ser possível garantir a normalidade dos comportamentos registrados, critérios que indicam um teste não-paramétrico em vez de um teste paramétrico.

Nesse teste Kruskal-Wallis, o valor das diferenças é dado pela estatística designada por H. Sendo assim, a hipótese nula prevê que não há diferenças estatisticamente significativas entre as amostras. A hipótese alternativa, por sua vez, prevê que existem diferenças significativas entre as situações comparadas. Dessa forma, para a obtenção de evidência de precisão, é esperado que as comparações entre os avaliadores aceite a hipótese nula, isto é, que não haja diferenças estatisticamente significativas entre as frequências registradas pelos avaliadores, tanto em relação aos comportamentos quanto em relação às interações. Em suma, essa análise permite encontrar evidências de que, independentemente de quem esteja observando a consulta, se alcançará resultados aproximados ao perfil da consulta.

4.4.2. Resultados

Serão apresentadas, inicialmente, as análises que buscaram as evidências de validade do SAIT e, em seguida, as evidências de precisão.

Evidências de validade do SAIT

Os registros de ocorrência ou não de interações foram comparados com os registros da pesquisadora (critério) por meio do coeficiente Kappa. Cada juiz avaliou duas consultas, sendo apresentadas as análises, primeiramente, da consulta 1 (centro de saúde) e, posteriormente, os da consulta 2 (hospital).

Grau de concordância entre o critério e os avaliadores nas consultas

O grau de concordância entre os registros de ocorrência de interações feitos pela pesquisadora (critério) e os avaliadores foi estimado para todas as interações (colunas) do SAIT nos três momentos da consulta. Na consulta realizada no centro de saúde, os resultados sugerem que o acordo é considerado *justo* entre as avaliações da pesquisadora e dos avaliadores 1 e 2, com coeficiente de Kappa entre 0,21 – 0,40 ($p < 0,01$). Na comparação da pesquisadora com o avaliador 3, o acordo é considerado *Justo*, mas a probabilidade associada (p) foi maior que 0,05. O acordo do avaliador quatro foi considerado *ligeiro*, uma vez que o coeficiente de Kappa = 0,11 e a probabilidade associada (p) foi maior que 0,05. (Tabela 7).

Na consulta que ocorreu no hospital, por sua vez, os resultados evidenciam que o acordo é considerado *substancial*, coeficiente Kappa entre 0,61 – 0,80 ($p < 0,001$) entre as concordâncias dos avaliadores 1, 3 e 4 e a pesquisadora, e é classificado *um acordo com concordância quase perfeita*, coeficiente Kappa entre 0,81 – 1,00 ($p < 0,001$) na comparação da pesquisadora com o avaliador 2 (Tabela 7).

Tabela 7

Avaliação da Concordância Entre os Avaliadores e a Pesquisadora

Avaliadores	Consulta	Coeficiente Kappa	Interpretação	p
Critério x avaliador 1	Centro de saúde	0,37	Acordo Justo	0,01
Critério x avaliador 2	Centro de saúde	0,31	Acordo Justo	0,03
Critério x avaliador 3	Centro de saúde	0,23	Acordo Justo	0,12
Critério x avaliador 4	Centro de saúde	0,11	Acordo Ligeiro	0,40
Critério x avaliador 1	Hospital	0,63	Acordo Substancial	0,01
Critério x avaliador 2	Hospital	0,93	Concordância quase perfeita	0,01
Critério x avaliador 3	Hospital	0,78	Acordo Substancial	0,001
Critério x avaliador 4	Hospital	0,70	Acordo Substancial	0,001

Em suma, na consulta 1, houve acordos entre a pesquisadora e três avaliadores, sendo considerados acordos justos e um acordo ligeiro; todavia, dois acordos tiveram a probabilidade associada (p) maior que 0,05. Na consulta 2, houve acordos entre o pesquisador e os quatro avaliadores, sendo três acordos considerados substanciais e uma concordância quase perfeita.

Evidências de precisão do SAIT

São apresentadas a seguir as análises sobre a existência de possíveis diferenças nas frequências de interações entre paciente pediátrico, acompanhante e pediatra (representados nas colunas do SAIT) entre os quatro avaliadores em cada consulta. Em seguida, serão apresentados os resultados das análises que compararam as frequências de comportamentos (descrito nas linhas do SAIT) registrados nos três momentos das consultas.

Consulta 1 (centro de saúde)

Avaliação do grau de concordância entre os avaliadores em relação às nove interações durante as consultas

Os resultados sugerem, conforme o esperado, que foi aceita a hipótese nula, ou seja, as diferenças na distribuição dos registros em cada interação não são estatisticamente significativas (todos $ps > 0,05$, ver Tabela 8).

Tabela 8

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação às Interações na Consulta 1

	Hipótese nula	<i>p</i>	Decisão
1	A distribuição de M_P é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de M_am é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,21	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de M_A é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,83	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de P_M é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,42	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de P_am é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,15	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de P_A é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,37	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de A_P é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,06	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de A_am é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,07	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de A_M é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,78	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05. M_P = interação médico-paciente, M_am = interação médico-ambos, M_A = interação médico-acompanhante, P_M = interação paciente-médico, P_am = interação paciente-ambos, P_A = interação paciente-acompanhante, A_P = interação acompanhante-paciente, A_am = interação acompanhante-ambos e A_M = interação acompanhante-médico.

Consulta 2 (hospital)

Avaliação do grau de concordância entre os avaliadores em relação às nove interações durante as consultas

Testou-se o sistema em outra consulta gravada, agora no contexto do hospital, utilizando-se os mesmos avaliadores, a fim de identificar se os resultados se mantinham. Conforme Tabela 9, os resultados corroboram os achados anteriores na consulta 1, isto é, que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações realizadas pelos avaliadores nas nove interações. Em todas as interações, a hipótese nula foi aceita.

Tabela 9

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação às Interações na Consulta 2

	Hipótese nula	<i>p</i>	Decisão
1	A distribuição de M_P é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de M_am é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,21	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de M_A é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,83	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de P_M é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,42	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de P_am é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,15	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de P_A é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,37	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de A_P é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,06	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de A_am é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,066	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de A_M é a mesma entre as categorias de avaliador.	0,78	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05. M_P = interação médico-paciente, M_am = interação médico-ambos, M_A= interação médico-acompanhante, P_M = interação paciente-médico, P_am= interação paciente-ambos, P_A= interação paciente-acompanhante, A_P= interação acompanhante-paciente, A_am= interação acompanhante-ambos e A_M= interação acompanhante-médico.

Sumarizando, não foram encontradas diferenças entre os avaliadores nos registros das nove interações (colunas), tanto na consulta 1 quanto na consulta 2. Isto sugere, conforme esperado, evidências de precisão do SAIT, sendo improvável que o resultado tenha ocorrido por acaso. Adicionalmente, optou-se por realizar outras análises para comparar, dessa vez, os registros de comportamentos (linhas) em cada momento das duas consultas. É o que será apresentado a seguir.

Avaliação do grau de concordância entre os avaliadores em relação aos comportamentos emitidos nos três momentos das consultas

Consulta 1 (centro de saúde)

1º momento, *acolhimento e investigação da queixa*

Dos 36 comportamentos observados, 33 não obtiveram diferenças estatisticamente significativas nos registros dos avaliadores ($ps > 0,05$; ver Tabela 10). Nesses casos, a hipótese nula de que não existe diferença foi aceita, conforme o esperado. Apenas três comportamentos apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os avaliadores. Esses comportamentos foram o item 3 (faz contato visual; $p = 0,02$), o item 31 (faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz; $p = 0,02$) e o item 33 (sorri e/ou ri para o outro; $p = 0,05$).

Tabela 10

Avaliação do Grau de Concordância entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 1 no Momento de Acolhimento e Investigação da Queixa

	Hipótese nula	P	Decisão
1	A distribuição de item1_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de item2_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de item3_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,02	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de item4_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,09	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de item5_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de item6_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,36	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de item7_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,85	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de item8_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,88	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de item9_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de item10_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
11	A distribuição de item11_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,53	Reter a hipótese nula.
12	A distribuição de item12_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,98	Reter a hipótese nula.
13	A distribuição de item13_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,42	Reter a hipótese nula.
14	A distribuição de item14_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,30	Reter a hipótese nula.

15	A distribuição de item15_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
16	A distribuição de item16_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
17	A distribuição de item17_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
18	A distribuição de item18_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,50	Reter a hipótese nula.
19	A distribuição de item19_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,06	Reter a hipótese nula.
20	A distribuição de item20_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
21	A distribuição de item21_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,20	Reter a hipótese nula.
22	A distribuição de item22_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
23	A distribuição de item23_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,22	Reter a hipótese nula.
24	A distribuição de item24_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,30	Reter a hipótese nula.
25	A distribuição de item25_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,33	Reter a hipótese nula.
26	A distribuição de item26_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,27	Reter a hipótese nula.
27	A distribuição de item27_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
28	A distribuição de item28_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,28	Reter a hipótese nula.
29	A distribuição de item29_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
30	A distribuição de item30_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
31	A distribuição de item31_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,02	Rejeitar a hipótese nula.
32	A distribuição de item32_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
33	A distribuição de item33_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,05	Rejeitar a hipótese nula.
34	A distribuição de item34_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
35	A distribuição de item35_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,25	Reter a hipótese nula.
36	A distribuição de item36_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05.

A seguir, são apresentados os resultados das análises no momento 1, agora na

consulta realizada no hospital.

Consulta 2 (hospital)

1º momento, acolhimento e investigação da queixa

Os resultados sugerem que todos os 36 comportamentos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os avaliadores, isto é, a hipótese nula foi aceita, conforme esperado (ver Tabela 11).

Tabela 11

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 2 no Momento de Acolhimento e Investigação da Queixa

	Hipótese nula	<i>p</i>	Decisão
1	A distribuição de item1_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de item2_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de item3_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,30	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de item4_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,49	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de item5_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de item6_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,90	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de item7_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,90	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de item8_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,88	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de item9_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de item10_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
11	A distribuição de item11_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,47	Reter a hipótese nula.
12	A distribuição de item12_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,91	Reter a hipótese nula.
13	A distribuição de item13_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,80	Reter a hipótese nula.
14	A distribuição de item14_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
15	A distribuição de item15_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
16	A distribuição de item16_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
17	A distribuição de item17_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
18	A distribuição de item18_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
19	A distribuição de item19_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
20	A distribuição de item20_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
21	A distribuição de item21_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
22	A distribuição de item22_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
23	A distribuição de item23_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
24	A distribuição de item24_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
25	A distribuição de item25_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
26	A distribuição de item26_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
27	A distribuição de item27_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
28	A distribuição de item28_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
29	A distribuição de item29_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
30	A distribuição de item30_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
31	A distribuição de item31_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
32	A distribuição de item32_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
33	A distribuição de item33_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
34	A distribuição de item34_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.

35	A distribuição de item35_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
36	A distribuição de item36_1 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,30	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05.

Consulta 1 (centro de saúde)

Segundo momento, *exame físico*

Dos 39 comportamentos observados, conforme esperado, todos os registros não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si, ou seja, a hipótese nula foi aceita. (ver Tabela 12).

Tabela 12

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 1 no Momento do Exame Físico

	Hipótese nula	<i>p</i>	Decisão
1	A distribuição de item1_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de item2_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de item3_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de item4_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de item5_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de item6_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de item7_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de item8_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de item9_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de item10_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,38	Reter a hipótese nula.
11	A distribuição de item11_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,88	Reter a hipótese nula.
12	A distribuição de item12_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
13	A distribuição de item13_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
14	A distribuição de item14_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,53	Reter a hipótese nula.
15	A distribuição de item15_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,24	Reter a hipótese nula.
16	A distribuição de item16_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
17	A distribuição de item17_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
18	A distribuição de item18_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.

19 A distribuição de item19_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
20 A distribuição de item20_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
21 A distribuição de item21_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
22 A distribuição de item22_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
23 A distribuição de item23_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
24 A distribuição de item24_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
25 A distribuição de item25_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
26 A distribuição de item26_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
27 A distribuição de item27_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
28 A distribuição de item28_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
29 A distribuição de item29_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
30 A distribuição de item30_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,88	Reter a hipótese nula.
31 A distribuição de item31_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
32 A distribuição de item32_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
33 A distribuição de item33_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,30	Reter a hipótese nula.
34 A distribuição de item34_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
35 A distribuição de item35_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
36 A distribuição de item36_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
37 A distribuição de item37_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
38 A distribuição de item38_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
39 A distribuição de item39_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05.

Consulta 2 (hospital)

Segundo momento, *exame físico*

Conforme esperado, não houve diferenças estatisticamente significativas nos registros dos 39 comportamentos observados, sendo aceita a hipótese nula (ver Tabela 13).

Tabela 13

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 2 no Momento do Exame Físico.

	Hipótese nula	p	Decisão
1	A distribuição de item1_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de item2_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de item3_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,22	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de item4_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de item5_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de item6_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de item7_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de item8_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de item9_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de item10_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
11	A distribuição de item11_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,94	Reter a hipótese nula.
12	A distribuição de item12_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
13	A distribuição de item13_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,82	Reter a hipótese nula.
14	A distribuição de item14_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,59	Reter a hipótese nula.
15	A distribuição de item15_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,93	Reter a hipótese nula.
16	A distribuição de item16_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,51	Reter a hipótese nula.
17	A distribuição de item17_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
18	A distribuição de item18_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
19	A distribuição de item19_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
20	A distribuição de item20_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
21	A distribuição de item21_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
22	A distribuição de item22_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
23	A distribuição de item23_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
24	A distribuição de item24_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
25	A distribuição de item25_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
26	A distribuição de item26_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
27	A distribuição de item27_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
28	A distribuição de item28_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,74	Reter a hipótese nula.
29	A distribuição de item29_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
30	A distribuição de item30_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,93	Reter a hipótese nula.
31	A distribuição de item31_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
32	A distribuição de item32_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
33	A distribuição de item33_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
34	A distribuição de item34_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
35	A distribuição de item35_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.

36	A distribuição de item36_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
37	A distribuição de item37_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,53	Reter a hipótese nula.
38	A distribuição de item38_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
39	A distribuição de item39_2 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05.

Consulta 1 (centro de saúde)

Terceiro momento, *formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico*

Os resultados sugerem que dos 37 comportamentos, observou-se diferenças estatisticamente significativas em apenas um (item 19 - Incentiva a fala do outro através de palavras). Neste caso, a hipótese nula de que não existe diferença foi rejeitada, ou seja, os registros dos avaliadores apresentam divergências significativas ($p = 0,02$; ver Tabela 14).

Tabela 14

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 1 no Momento da Formulação do Diagnóstico e Elaboração do Plano Terapêutico

	Hipótese nula	<i>p</i>	Decisão
1	A distribuição de item1_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de item2_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de item3_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de item4_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de item5_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de item6_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,26	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de item7_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de item8_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de item9_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,53	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de item10_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,27	Reter a hipótese nula.
11	A distribuição de item11_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
12	A distribuição de item12_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
13	A distribuição de item13_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,08	Reter a hipótese nula.
14	A distribuição de item14_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
15	A distribuição de item15_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,90	Reter a hipótese nula.
16	A distribuição de item16_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
17	A distribuição de item17_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,20	Reter a hipótese nula.
18	A distribuição de item18_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,24	Reter a hipótese nula.
19	A distribuição de item19_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,02	Rejeitar a hipótese nula.
20	A distribuição de item20_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
21	A distribuição de item21_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,22	Reter a hipótese nula.
22	A distribuição de item22_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,12	Reter a hipótese nula.
23	A distribuição de item23_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,37	Reter a hipótese nula.
24	A distribuição de item24_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,12	Reter a hipótese nula.
25	A distribuição de item25_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,94	Reter a hipótese nula.
26	A distribuição de item26_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,54	Reter a hipótese nula.
27	A distribuição de item27_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,55	Reter a hipótese nula.
28	A distribuição de item28_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
29	A distribuição de item29_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
30	A distribuição de item30_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
31	A distribuição de item31_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
32	A distribuição de item32_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,09	Reter a hipótese nula.

33	A distribuição de item33_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
34	A distribuição de item34_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
35	A distribuição de item35_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,11	Reter a hipótese nula.
36	A distribuição de item36_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
37	A distribuição de item37_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05.

Consulta 2 (hospital)

Terceiro momento, *formulação do diagnóstico e elaboração do plano*

terapêutico

Os resultados indicam que não houve diferenças estatisticamente significativas nos 37 comportamentos observados. Conforme esperado, a hipótese nula foi aceita (ver Tabela 15).

Tabela 15

Avaliação do Grau de Concordância Entre os Avaliadores em Relação aos Comportamentos na Consulta 2 no Momento da Formulação do Diagnóstico e Elaboração do Plano Terapêutico

	Hipótese nula	<i>p</i>	Decisão
1	A distribuição de item1_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de item2_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de item3_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,23	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de item4_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,10	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de item5_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de item6_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,85	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de item7_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de item8_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,94	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de item9_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,66	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de item10_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,40	Reter a hipótese nula.
11	A distribuição de item11_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
12	A distribuição de item12_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.

13	A distribuição de item13_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
14	A distribuição de item14_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
15	A distribuição de item15_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,90	Reter a hipótese nula.
16	A distribuição de item16_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
17	A distribuição de item17_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
18	A distribuição de item18_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
19	A distribuição de item19_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
20	A distribuição de item20_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
21	A distribuição de item21_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
22	A distribuição de item22_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,84	Reter a hipótese nula.
23	A distribuição de item23_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,90	Reter a hipótese nula.
24	A distribuição de item24_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,49	Reter a hipótese nula.
25	A distribuição de item25_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,23	Reter a hipótese nula.
26	A distribuição de item26_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,51	Reter a hipótese nula.
27	A distribuição de item27_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
28	A distribuição de item28_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,27	Reter a hipótese nula.
29	A distribuição de item29_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,23	Reter a hipótese nula.
30	A distribuição de item30_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
31	A distribuição de item31_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
32	A distribuição de item32_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
33	A distribuição de item33_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
34	A distribuição de item34_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.
35	A distribuição de item35_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,56	Reter a hipótese nula.
36	A distribuição de item36_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	0,79	Reter a hipótese nula.
37	A distribuição de item37_3 é a mesma entre as categorias de Avaliador.	1,00	Reter a hipótese nula.

Nota. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05

Em suma, esses resultados evidenciam que em todos os três momentos, e nas duas consultas, a distribuição dos registros de comportamentos entre os quatro avaliadores não são diferentes do ponto de vista estatístico, com exceção apenas de quatro itens (três no primeiro momento e um no terceiro momento, ambos na consulta 1). Isto sugere boas evidências de precisão do SAIT.

4.4.3. Discussão

O Estudo 2 buscou identificar evidências de validade de construto do SAIT por meio de um delineamento de pesquisa que comparou registro de ocorrência de interações entre o pesquisador (critério) e os quatro avaliadores. Além disso, buscou obter evidências de precisão comparando os registros de frequência de comportamentos nos três momentos da consulta entre os quatro avaliadores. Tanto as análises de validade quanto da precisão foram feitas a partir de duas consultas, sendo uma no centro de saúde e outra no hospital. A aplicação do SAIT para analisar a comunicação em diferentes contextos ampliaria a sua utilidade, uma vez que, conforme estudos anteriores (e.g., Pinto, 2010), a consulta no centro de saúde tende a ser mais demorada e com maior frequência de verbalização, em função da natureza do serviço, que é estar mais próxima da comunidade. No caso do hospital, as consultadas tendem a ser mais rápidas e com poucas verbalizações. A partir desse delineamento, buscou-se, então, reunir evidências plausíveis da qualidade do SAIT.

Em relação às evidências de validade, considera-se que, no geral, os resultados apontam para a validade do SAIT. Na consulta 1 (centro de saúde), duas das quatro comparações dos registros da interação entre a pesquisadora e os avaliadores sugerem uma concordância justa (Landis & Koch, 1977) pelo coeficiente de Kappa. Na consulta 2 (hospital), houve concordância em todas as comparações, sendo os índices considerados bons ou excelentes. Os parâmetros de validade do SAIT são melhores quando analisadas as interações no hospital. Isto pode ocorrer pelo fato de o roteiro da consulta ser mais bem demarcado durante o atendimento e pelo *script* dela ser mais rígido. No caso do centro de saúde, a análise da interação se torna mais complexa, exigindo maior familiarização do sistema (SAIT) e maior atenção do avaliador,

especialmente nos casos em que o médico, o paciente pediátrico e o acompanhante já possuem um vínculo anterior (e.g., acompanhar a criança desde o nascimento). Isso porque muitos conteúdos que aparecerão na interação serão variados, incluindo acontecimentos externos à consulta, que geralmente não estão contemplados no *script* tradicional, o que dificulta para o avaliador decidir a categoria onde ele deverá registrar aquele conteúdo.

Outro aspecto que pode explicar os melhores índices de validade na consulta 2 está relacionado à experiência dos avaliadores na aplicação. Como a consulta 1 foi analisada primeiro, a experiência e aprendizagem adquirida pode ter facilitado a análise da consulta 2. Isso foi relatado por todos os avaliadores no *feedback* dado à pesquisadora após a tarefa. Dessa maneira, estudos que utilizam apenas uma consulta podem apresentar resultados desencorajadores, não pela qualidade do sistema de observação, mas pelo efeito da baixa experiência dos avaliadores em usá-lo. Isso poderá ser minimizado com a adoção de treinamentos, pré-testes e estudo piloto com os mesmos sujeitos antes de começar o estudo. Os estudos futuros que investigarem o SAIT com mais de uma consulta em diferentes contextos deverão considerar, portanto, a familiarização com o uso do instrumento.

Em relação às evidências de precisão, considera-se que os resultados apontam para a precisão do SAIT, tanto no que se refere às interações (colunas) quanto aos comportamentos (linhas). As análises indicam que as comparações dos registros realizados pelos avaliadores utilizando SAIT, no que tange às nove interações do paciente pediátrico, acompanhante e médico, não apresentaram nenhuma diferença estatisticamente significativa nas duas consultas (centro de saúde e hospital).

Em relação às comparações feitas, no centro de saúde, pelos registros dos quatro avaliadores no que se refere a cada comportamento nos três momentos (1 – acolhimento e investigação da queixa, 2 – exame físico, e 3 – formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em 108 comportamentos da consulta. Isso indica boa precisão no uso do sistema. Em apenas quatro comportamentos na assistência primária, sendo três no primeiro momento (item 3 - faz contato visual; item 31- faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz e item 33 – sorri e/ou ri para o outro) e um no terceiro momento (item 19 - Incentiva a fala do outro através de palavras) houve diferenças estatisticamente significativas entre os avaliadores. Isto sugere que esses itens são mais propensos aos vieses decorrentes da subjetividade do avaliador ao interpretar o que seria “um elogio” ou um “incentivo a fala”. Além disso, essa falta de concordância pode ser decorrente das limitações nos registros de imagem, isso porque, dependendo de onde esteja a filmadora (ângulo de posicionamento), ela pode não captar o contato visual ou o sorriso. Dessa forma, os itens podem ser melhorados para se tornarem mais objetivos. Outra maneira é atentar para o posicionamento da filmadora para captar determinados comportamentos.

As diferenças encontradas na consulta 1 (centro de saúde) no primeiro momento podem também ser justificadas tendo em vista o repertório maior de conteúdos verbalizados; muitos deles sobre assuntos que não se relacionavam à consulta, porque a médica acompanha o paciente pediátrico desde seu nascimento. Durante as filmagens dessa consulta, é possível perceber uma movimentação muito intensa da mãe na sala da consulta, pois a mesma preferiu não se sentar na cadeira em frente à médica e sim ficar de pé, o que talvez tenha dificultado para alguns dos avaliadores registrar o número de

frequência com que essa acompanhante faz contato visual com os outros dois participantes. Assim como, por conhecer a médica há alguns anos e só consultar seu filho com ela, a emissão de comportamentos como faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz e sorri e/ou ri para o outro foram muito evidenciados nessa consulta, principalmente da acompanhante para a médica, pois a primeira sentia muita simpatia com a médica e a elogiava bastante, principalmente no que se referia ao seu comportamento em detrimento das outras médicas que atendiam na mesma instituição, como exemplo a verbalização “que bom que a senhora vai continuar atendendo aqui no posto, só quero trazer o meu filho aqui (Sic)”. A frequência elevada com que esses dois comportamentos ocorreu pode ter dificultado a análise por parte de alguns dos avaliadores.

O último comportamento discrepante, que ocorreu no terceiro momento da consulta, se refere a incentivar a fala do outro através de palavras. Esse comportamento também ocorreu com muita frequência nessa consulta tanto pela médica incentivando o paciente como, e principalmente, da acompanhante estimulando a participação do paciente ao incluir expressões como “viu fulano” e “olha fulano, tá vendo só” em quase todas suas verbalizações. Autores evidenciam a importância de incentivar o paciente a participar da comunicação na consulta, tanto pelo médico como pelo acompanhante, pois esse último é o que mais interrompe a fala do paciente durante a consulta, principalmente quando o médico dirige uma pergunta à criança e seu acompanhante é que responde (Van Dulmen, 2004; Tates & Meeuwesen, 2001). Nessa consulta da assistência básica, havia muitas verbalizações com conteúdos de estimulações, mas sem haver a intenção de dar espaço para a fala do paciente, pois a acompanhante falava o “viu fulano” e logo em seguida emitia outras verbalizações sobre suas próprias dúvidas.

Nas análises realizadas na consulta que ocorreu no hospital, todos os 112 comportamentos não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os avaliadores nos três momentos da consulta, o que evidencia uma boa precisão do uso do sistema nessa consulta.

Ao final desse Estudo 2 é possível afirmar que a validade de construto e a precisão do sistema de análise interacional para tríades foram alcançadas, reforçando a qualidade e a utilidade desse instrumento para o uso na avaliação da interação no contexto de consultas pediátricas, tanto na captação da ocorrência das interações quanto da frequência dos comportamentos emitidos, bem como em diferentes serviços pediátricos.

4. 5. Estudo 3

Neste estudo, o objetivo principal foi elaborar uma versão abreviada do sistema de análise interacional para tríades para ser aplicada em observações em situação natural de interação da tríade, e finalizar a adaptação do modelo teórico para comunicação em contextos pediátricos. Os índices de validade de construto e de precisão do SAIT também foram explorados nesse delineamento de pesquisa. Para construir a versão abreviada do SAIT optou-se por fazer isso de maneira sistemática, perguntando aos médicos, pacientes pediátricos e acompanhantes o grau de importância de cada comportamento.

4.5.1 Método

4.5.1.1 Participantes

Participaram 316 sujeitos, incluindo pediatras, pacientes pediátricos e acompanhantes.

Foram entrevistados 140 pacientes pediátricos entre sete a 11 anos ($M = 8,87$; $DP = 1,42$), sendo 95 pacientes do sexo masculino e 45 do sexo feminino. Todos cursavam o ensino fundamental: 1º ano ($n = 17$), 2º ano ($n = 28$), 3º ano ($n = 38$), 4º ano ($n = 28$), 5º ($n = 26$) e 6º ano ($n = 3$). Os pacientes não apresentavam complicações médicas que comprometessem sua participação na investigação e procuraram as instituições de saúde pelos mais diversos motivos, desde diagnósticos como asma, infecção intestinal, anemia, gripe, virose, diabetes, gastrite, pneumonia, dores no abdômen, garganta inflamada, dor nos membros, até mesmo para realizar cirurgias como apendicite e fimose, bem com realizar consultas de rotina, exames de vista, acompanhamento de pós-operatório, acompanhamento de problemas genéticos, entre outros. Vale ressaltar que esse intervalo de idade (sete a 11 anos) foi escolhido pelas

indicações da literatura de que a partir dos seis anos a criança poderá participar de pesquisas que exijam habilidades verbais e por estarem em idade escolar. As vivências dentro da escola auxiliam no incremento das habilidades verbais da criança, nas trocas sociais com outras pessoas e com figuras de autoridade, como professores e contribuem para o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças. Todos esses aspectos ajudam na realização de pesquisas com crianças, pois nessa faixa etária elas entendem melhor seu processo saúde-doença, se expressam com mais conteúdos verbais com outros adultos, como os médicos e auxiliares de pesquisa.

Participaram 141 acompanhantes com idade a partir de 19 anos até 64 anos ($M = 35,00$; $DP = 7,66$), sendo 20 do sexo masculino e 121 do sexo feminino. No que concerne ao parentesco com o paciente: um era padrasto, um era tio, uma era irmã, três eram avós, quatro eram tias, 17 eram pais e 114 eram mães. Em relação ao nível educacional tem-se: seis pós-graduados, 14 com ensino superior, 79 com o ensino médio completo e 42 com ensino fundamental concluído. No que se refere ao estado em que residiam, dois acompanhantes eram da Bahia, cinco de Minas Gerais, 26 de Góias e 108 do Distrito Federal.

Os 35 pediatras participantes estavam de plantão nos centros de saúde e no hospital no momento da coleta de dados, tinham entre 24 anos e 59 anos de idade ($M = 34,12$; $DP = 10,70$), sendo 10 do sexo masculino e 25 do sexo feminino. Possuíam tempo de formação entre um ano e 33 anos ($M = 9,12$; $DP = 10,45$) e tempo na instituição entre 10 meses e 31 anos ($M = 6,82$; $DP = 9,53$).

Nesta fase, os entrevistados estavam presentes no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e nos centros de saúde N° 7 e N° 8 na Asa Sul, todos no Plano Piloto de Brasília-DF.

Participaram da etapa de aplicação dos questionários os cinco auxiliares do Estudo 1. Importante ressaltar que uma das auxiliares que não pode participar no Estudo 2, por motivos pessoais, conseguiu participar nessa fase da pesquisa.

Instrumento

Foi utilizado o Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) em consultas pediátricas adaptado. Desta vez, os comportamentos transformaram-se em itens que os participantes deveriam julgar o grau de importância de cada um destes itens para se atingir uma consulta satisfatória (Ver Anexo E).

Esta versão do SAIT contém 57 itens (em vez de 131), uma vez que, na versão do sistema observacional existem comportamentos que se repetem (74 comportamentos são repetidos) em cada um dos três momentos da consulta, pois podem ocorrer durante todo o atendimento pediátrico (e.g., “Demonstra apoio ao outro” que aparece nos três momentos), o que não é necessário no presente estudo.

Alguns itens da versão do SAIT para a criança foram adaptados, considerando seu nível de desenvolvimento e de escolaridade em relação aos adultos. Alguns comportamentos cujo vocabulário seria de difícil compreensão sofreram pequenas adaptações, contudo, buscou-se manter o sentido original. Por exemplo, o item na versão original “Ajudar a criança a se vestir após o exame”, passou a ser escrito, na versão da criança, “Ajudar você a se vestir após o exame”. Dessa maneira, colocou-se a criança dentro da situação para facilitar sua compreensão do item. Outro exemplo, na versão original, “Fazer contato visual com quem se fala (Ex: olhar na direção de quem fala)”, passou a ser escrito, na versão da criança, “Olhar para a pessoa com quem falamos”. Estas alterações foram feitas em poucos itens e com base em um estudo piloto (ver subseção procedimentos).

O grau de importância dos itens era registrado por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos que acompanhava cada um deles: (1) não acho importante, (2) acho pouco importante, (3) acho importante às vezes, (4) acho importante e (5) acho muito importante. Para facilitar a escolha da opção por parte das crianças e dos acompanhantes pouco escolarizados foi criado um cartão colorido com desenhos que representam o grau de importância (ver Anexo F). Por exemplo, a opção (1), não acho importante, é representado neste cartão com a cor vermelha e uma expressão negativa; a opção (5), acho muito importante, é representado pela cor verde e uma expressão feliz.

A linguagem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi adaptada para cada grupo de participantes (médico, paciente pediátrico e acompanhante).

4.5.1.2 Procedimentos

Estudo Piloto. A versão adaptada do SAIT foi avaliada por três crianças, uma com sete anos de idade, outra com oito anos e a última com 10 anos. A versão do questionário para os acompanhantes foi aplicada em duas mães, uma com ensino médio completo e outra com ensino fundamental não concluído, e a versão do questionário elaborado para os médicos foi aplicado em dois pediatras, um com 32 anos e outro com 48 anos. Todos sugeriram alterações na linguagem do questionário, o que foi incluído na versão final.

Treinamento dos auxiliares de pesquisa. Para a execução do estudo, os cinco auxiliares treinaram a aplicação do questionário em formato *role-playing*, isto é, simulações, com os próprios auxiliares, das aplicações. Por exemplo, simulou-se a aplicação em um paciente infantil, um acompanhante e um médico, sendo que os auxiliares interpretavam esses papéis. A finalidade foi orientar a conduta do aplicador diante das possíveis dificuldades na aplicação em cada membro da tríade.

Coleta. A versão final do SAIT foi aplicada em três instituições pesquisadas, dois centros de saúde e um hospital. Participaram na coleta de dados a pesquisadora e outros cinco auxiliares de pesquisa (os mesmos que participaram do Estudo 1). Em todos os dias de aplicação a pesquisadora estava presente participando da aplicação e supervisionando a aplicação dos questionários pelos auxiliares de pesquisa.

Os participantes eram abordados dentro das instituições pesquisadas. As aplicações iniciavam com a identificação dos pacientes na faixa etária pretendida (sete a 11 anos) sem complicações graves que comprometessem seu entendimento e participação. Após esse momento, apresentava-se para a criança e o acompanhante, explicando o estudo e perguntando se eles gostariam de participar da pesquisa.

Após a concordância de ambos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente e pelo acompanhante, era aplicado o questionário geralmente ao mesmo tempo, em espaços diferentes, um pesquisador aplicava com a criança ao leito e o outro um pouco mais afastado ao acompanhante. Se fosse aplicado no ambulatório, a mãe sentava numa cadeira distante da cadeira do paciente.

Uma vez aceitando a participação, as crianças e os acompanhantes eram inquiridos se gostariam de responder sozinhos os questionários ou se gostariam que fossem respondidos com o auxílio do pesquisador por meio de entrevista (i.e., a pesquisadora ou os auxiliares iriam perguntando cada item para eles e marcando as respostas). A maioria das vezes (98%) o questionário foi aplicado no estilo entrevista. Isso ocorreu por vários motivos, algumas crianças estavam deitadas e com soro na mão; alguns acompanhantes apresentavam nível instrucional muito baixo; outros acompanhantes estavam em cadeiras sem braço dificultando o preenchimento do questionário; estavam com a mão ocupada segurando o soro do filho, o curativo, a água

ou outros objetos como computador ou celular em que a criança brincava ou assistia a algum desenho. Os auxiliares e a pesquisadora perceberam que com a aplicação em formato de entrevista, os respondentes pareciam mais motivados para participar e em alguns momentos realizavam comentários adicionais a cada resposta dada, o que auxiliou nas percepções gerais acerca da amostra estudada.

Em alguns momentos, a criança estava dormindo e seu acompanhante participava da pesquisa. Em outros a mãe não queria participar, no entanto, concordou que seu filho respondesse pelo desejo expresso do paciente em participar. O cartão de resposta foi usado por crianças e adultos pouco escolarizados para facilitar o entendimento e a escolha da resposta a ser registrada. Percebeu-se que o cartão aumentava o estímulo para participação na pesquisa, seja pelas cores ou pelo seu formato interativo.

Os médicos eram identificados nos diversos setores da instituição, estando nos centros de saúde nos ambulatórios e no hospital no pronto-atendimento, nos ambulatórios, nas alas de internação, na Unidade de Terapia Intensiva e nos corredores da instituição. Para os profissionais, a pesquisa era apresentada e solicitada sua participação, geralmente de forma individualizada. Em caso de concordância o instrumento era entregue para o profissional e em alguns momentos esperávamos ele responder ou era combinado um local para irmos depois de alguns minutos ou no outro dia pegar o instrumento. Tendo em vista a grande demanda de pacientes no hospital em todos os setores e a escala variada de médicos nessa instituição, muitos questionários não foram resgatados. Isto porque ou não foi devolvido pelo médico ou, em função da alta de demanda no serviço, afirmavam nunca terem tido tempo de responder. Nessa situação, marcava-se outro momento para tentar buscar. Em algumas situações, até o

final da pesquisa não conseguiu-se encontrar o profissional que a cada plantão estava em um setor diferente e, em muitos casos, trocava o dia de plantão com outros médicos.

Análise. A análise de componentes principais foi utilizada para identificar como os itens do SAIT se agrupam, evidenciando a validade de construto do instrumento. A precisão dos componentes foi estudada por meio da consistência interna (índices de alfa de Cronbach e Lambda de Guttman). A intenção foi selecionar os itens avaliados como mais importantes para os três participantes (pacientes pediátricos, acompanhantes e pediatras) para comporem a versão ampliada e reduzida do sistema. A versão reduzida facilitará a aplicação nas consultas no momento em que elas estão ocorrendo. Para selecionar os itens que comporiam a versão reduzida foram estabelecidos dois critérios: (1) não ter menos de três itens por componente para não comprometer a validade e (2) exclusão dos itens até que os índices de precisão não fossem abaixo de 0,60 e preferencialmente próximo de 0,70, considerados aceitáveis.

4.5.2. Resultados

Os 316 questionários foram digitados para o banco de dados SPSS e realizada inicialmente uma análise exploratória dos dados com a finalidade de corrigir possível erro de digitação e conhecer melhor a amostra pesquisada. Após esse momento inicial, averiguou-se a estrutura fatorial da escala por meio da análise de componentes principais (ACP) sem fixar o número de fatores a extrair ou tipo de rotação. Os resultados foram favoráveis, indicando a fatorabilidade da escala ($KMO = 0,861$ e Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2 (1596) = 5767,93$, $p < 0,001$). Dezesete componentes tiveram valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), explicando conjuntamente 62,14% da variância total dos dados. O gráfico *scree plot* (Figura 12) sugeriu entre

cinco e sete componentes que poderiam ser extraídos, antes que a curva fique horizontal.

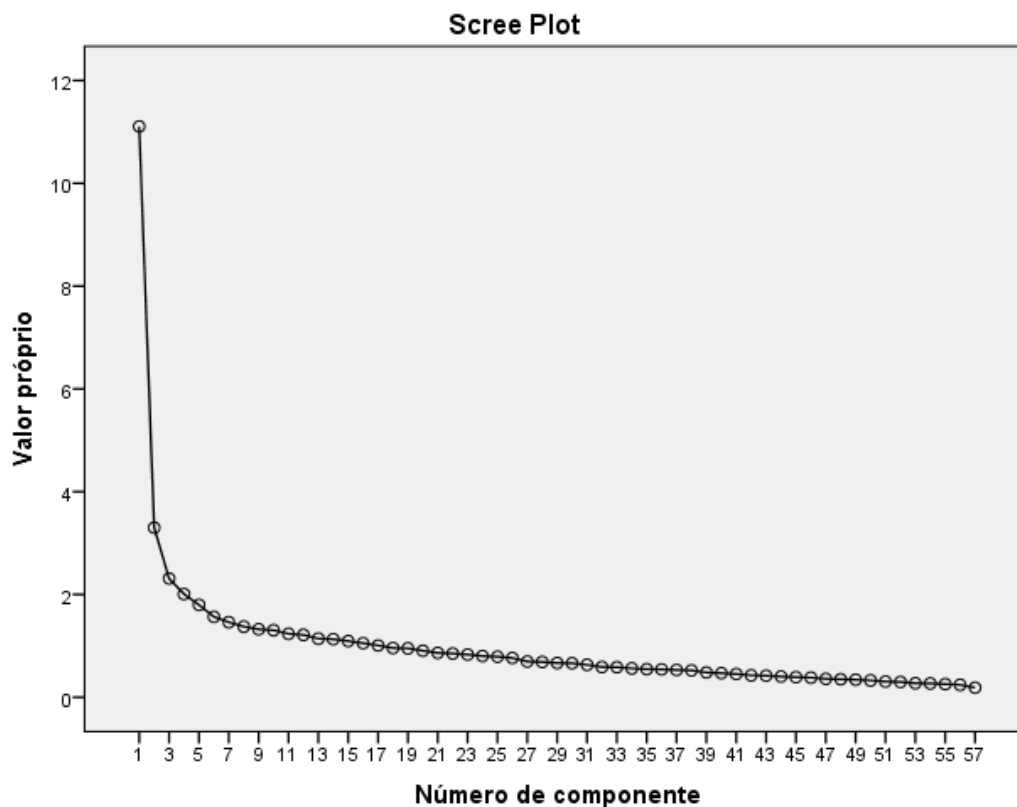


Figura 9. Scree plot do questionário para avaliar o sistema de análise interacional para tríades em consultas pediátricas.

A análise paralela (Monte Carlo) indicou a quantidade de componentes a serem extraídos, considerando 57 variáveis (itens), 316 sujeitos e 1.000 replicações. Esta análise sugeriu a presença de cinco componentes que foram extraídos (rotação oblíqua *direct oblimin*). A partir da extração dos cinco componentes, alguns itens não tiveram cargas em nenhum deles (cargas fatoriais acima de 0,32). Foram excluídos cinco itens (18. Utilizar linguagem médica/termos técnicos; 19. Interromper a fala do outro; 29. Médico, acompanhante ou paciente chorar para demonstrar incômodo, dor, medo ou ansiedade; 30. Fazer pausa ou silêncio quando necessário e 36. Paciente demonstrar nervosismo ou constrangimento durante exame), ficando a versão final da escala com

52 itens (ver ANEXO G). Os resultados dos parâmetros psicométricos do instrumento, após a extração destes componentes, são apresentados juntamente com a interpretação de cada um deles.

Em linhas gerais, os itens de todos os componentes tiveram cargas superiores a 0,32, indicando correlação dos itens com os componentes extraídos, o que é considerado muito bom. Esses componentes explicam juntos 36% da variância total dos dados. A precisão das medidas foi avaliada pelo Alfa de Cronbach e do Lambda de Guttman, indicando boa (a partir de 0,70) ou alta confiabilidade dos componentes (a partir de 0,85), com exceção do último componente (alfa aceitável de 0,69) (veja as Tabelas 16 a 20). Após a extração dos componentes, procedeu-se às suas interpretações, considerando os conteúdos dos itens, conforme exposto a seguir.

Parâmetros psicométricos e Interpretação dos Componentes do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT)

Considerando o conteúdo dos itens apresentados no componente 1 (Tabela 16), denominou-se os comportamentos incluídos nesse fator de “Aspectos Instrumentais” da consulta. Refere-se a 22 comportamentos que são imprescindíveis para a consulta ocorrer. Envolve solicitar informações, orientar necessidade de mudança de hábitos, falar de forma clara sobre possibilidades de diagnósticos, sobre o tratamento, mas também tranquilizar o paciente diante de sua situação de doença, demonstrar preocupação e entender seus sentimentos. Este componente foi o que mais explicou a variância dos dados (19,48%). Os demais componentes explicaram abaixo de 6% cada um deles.

Tabela 16

Componente I, Aspectos Instrumentais

Item	Conteúdo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cargas fatorias
23	Demonstrar apoio ao outro (Ex: conte comigo; eu estarei aqui)	4,48	0,76	0,66
34	Explicar que vai realizar exame no paciente (Ex: vou lhe examinar; vou realizar exame no paciente)	4,40	0,79	0,64
44	Orientar necessidade de mudanças na rotina diária de forma clara (Ex: você terá que deixar de comer fritura)	4,45	0,85	0,60
42	Falar de forma clara sobre o diagnóstico (Ex: você está com herpes; ele está com pneumonia)	4,67	0,64	0,59
25	Compreender os sentimentos ou reações dos outros/ter empatia (Ex: entendo o que você está sentindo)	4,24	0,85	0,58
31	Comunicar procedimentos que serão realizados (Ex: vou escutar seu coração, examinar sua orelha e garganta)	4,56	0,70	0,58
43	Pedir mais informações específicas sobre o diagnóstico (Ex: o que pode ter causado essa pneumonia?)	4,48	0,74	0,57
22	Ser atencioso à fala do outro (Ex: sim, pode falar; estou lhe ouvindo)	4,54	0,67	0,57
40	Falar informações sobre o resultado do exame físico (Ex: a garganta está inflamada; está inchado o braço)	4,47	0,81	0,56
24	Demonstrar preocupação com o outro (Ex: estou preocupado com você; preocupo-me com sua alimentação)	4,33	0,87	0,54
45	Solicitar mais informações sobre mudanças na rotina diária (Ex: Doutor, o quê que ele não pode mais comer?)	4,36	0,83	0,53
35	Falar os locais onde irá tocar (Ex: vou apertar sua barriga agora, vou tirar sua camisa)	4,33	0,90	0,52
14	Realizar aconselhamentos (Ex: acho melhor ele ficar em casa; talvez fosse bom fazer exercícios)	4,24	0,96	0,51
37	Pedir mais informações sobre o exame (Ex: é este lado que mais incomoda?; está doendo aqui?)	4,49	0,80	0,49
41	Pedir esclarecimentos sobre resultado do exame físico (Ex: Doutor, como está a garganta dele?)	4,39	0,80	0,46
46	Falar claramente como deve ser realizado o tratamento (Ex: vai ter que tomar comprimidos de 6 em 6 horas)	4,66	0,60	0,47
12	Informar possibilidades de diagnósticos de forma clara (Ex: Ele está com crise de dor de cabeça, é enxaqueca)	4,40	0,87	0,44
17	Tranquilizar o paciente diante de sua situação/doença (Ex: falar que tudo vai ficar bem, que tenha calma)	4,40	0,87	0,43
13	Fornecer orientações e instruções técnicas (Ex: é preciso um raio-X; você terá que procurar um especialista)	4,47	0,83	0,42
09	Incentivar a fala do outro com palavras (Ex: diga você; você que tem que falar agora)	4,16	0,97	0,41
11	Verificar a compreensão do outro (Ex: você entendeu?; está tudo claro?; ficou alguma dúvida?)	4,48	0,80	0,34
27	Fazer críticas ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: dizer que está errado deixar a criança comer o que quiser)	3,45	1,48	0,32
Número de Itens		22		

Valor Próprio	11,11
% Variância Explicada	19,48
Alfa de Cronbach (α)	0,86
Lambda de Guttman	0,86

Considerando o conteúdo dos itens apresentados no componente 2 (Tabela 17), optou-se pela denominação de “Aspectos Socioemocionais”, que inclui 12 comportamentos que auxiliam a manter a interação dos participantes, envolvendo verbalização de brincadeiras, de elogios, de assuntos não relacionados à consulta para manter contato, de demonstração de apoio e aprovação e auxílio na hora da criança se vestir ou descer da maca, até a emissão de toques de cumprimentos e de sorrisos.

Tabela 17

Componente 2. Aspectos Socioemocionais

Item	Conteúdo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cargas fatoriais
16	Fazer brincadeiras ou brincar com o paciente durante a consulta (Ex: médico fala algo engraçado ou desenha)	3,57	1,30	0,61
02	Usar toques de cumprimentos (Ex: aperto de mão; abraço)	3,65	1,22	0,58
15	Falar com linguagem infantilizada (Ex: remedinho amarginho; muito bonitinho o cabelo dele)	3,06	1,42	0,56
26	Fazer elogios ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: você está muito bem; você é um menino inteligente)	4,22	0,86	0,53
20	Falar assuntos não relacionados à consulta para manter contato com outro (Ex: gosta de qual time de futebol?)	2,90	1,47	0,52
39	Ajudar a criança a descer da maca após exame ou consulta	3,60	1,28	0,49
38	Ajudar a criança a se vestir após o exame	2,91	1,46	0,47
21	Demonstrar aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: muito bem; você está certo)	3,87	1,09	0,46
10	Incentivar a fala do outro com gestos (Ex: levantar os olhos para que o outro fale; balançar a cabeça)	3,47	1,37	0,39
23	Demonstrar apoio ao outro (Ex: conte comigo; eu estarei aqui)	4,48	0,76	0,38
28	Médico, acompanhante ou paciente sorrir e/ou rir para o outro na hora certa	3,78	1,23	0,37
1	Usar saudações/cumprimentos verbais (Ex: oi?; tudo bem?; bom dia; boa tarde)	4,41	0,91	0,36
Número de Itens		12		
Valor Próprio		3,30		
% Variância Explicada		5,79		
Alfa de Cronbach (α)		0,70		
Lambda de Guttman		0,71		

Considerando o conteúdo dos itens apresentados no componente 3 (Tabela 18), nomeou-se de “Estrutura da consulta”. Refere-se a seis aspectos de como a consulta se organiza para realizar o atendimento no que se refere ao tempo e espaço. Envolve a necessidade de tempo disponível para ouvir os participantes, acolher a queixa, realizar o exame físico e esclarecer as dúvidas e atender todas as necessidades dos participantes da consulta.

Tabela 18

Componente 3. Estrutura da Consulta

Item	Conteúdo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cargas fatoriais
57	Consulta com tempo suficiente para que todos sejam ouvidos em suas necessidades, ansiedades e desejos	4,56	0,80	0,73
55	Consulta com tempo suficiente para falar do diagnóstico e tratamento (Ex: explicar correta e cuidadosamente)	4,65	0,60	0,66
53	Consulta com tempo suficiente para acolher e ouvir a queixa (Ex: falar o que sente e se sentir ouvido)	4,63	0,61	0,65
48	Consulta em sala com móveis posicionados para facilitar a comunicação (Ex: cadeiras próximas)	4,11	1,00	0,61
54	Consulta com tempo suficiente para realizar exame físico (Ex: examinar cuidadosamente a criança)	4,63	0,68	0,60
56	Consulta com tempo suficiente para esclarecer dúvidas durante o atendimento (Ex: ouvir dúvidas)	4,55	0,68	0,60
Número de Itens		6		
Valor Próprio		2,31		
% Variância Explicada		4,06		
Alfa de Cronbach (α)		0,77		
Lambda de Guttman		0,77		

Considerando o conteúdo dos itens apresentados no componente 4 (Tabela 19), denominou-se de “Incentivo à participação”. Refere-se a sete comportamentos que tem como finalidade incentivar a participação na consulta. Envolve ficar de frente para o outro na hora de falar, fazer contato visual, comunicar informações mais detalhadas, falar claramente sobre a queixa e pedir que seja realizada alguma ação.

Tabela 19

Componente 4. Incentivo à Participação

Item	Conteúdo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cargas fatoriais
7	Pedir informações claras sobre características físicas do paciente (Ex: idade, peso, altura, data de nascimento)	4,40	0,84	0,62
3	Fazer contato visual com quem se fala (Ex: olhar na direção de quem fala)	4,28	0,94	0,61
5	Pedir mais informações sobre a queixa para conhecer melhor a situação (Ex: a tosse é seca ou com secreção?)	4,55	0,74	0,60
8	Comunicar informações detalhadas (Ex: ele tem Rinite, parece uma gripe alérgica)	4,46	0,77	0,60
4	Falar claramente sobre a queixa (Ex: estou com dor na garganta; ele tosse muito à noite; fui ao posto de saúde)	4,48	0,81	0,54
6	Pedir que seja realizada alguma ação (Ex: sente-se por favor; abra a boca)	4,30	0,87	0,51
32	Ficar de frente para o outro na hora de falar (Ex: estar com o corpo direcionado para quem está falando)	4,28	0,87	0,50
Número de Itens		7		
Valor Próprio		2,01		
% Variância Explicada		3,52		
Alfa de Cronbach (α)		0,78		
Lambda de Guttman		0,79		

Considerando o conteúdo dos itens apresentados no componente 5 (Tabela 32), optou-se por intitulá-lo de “Aspectos contextuais do serviço de saúde”, relacionado a como se configura o contexto do serviço de saúde onde ocorrerá a consulta. Envolve seis aspectos como o tempo de espera para ser atendido no serviço, se há a presença de interrupções na consulta, mas também aspectos ambientais do local, como temperatura, som, iluminação e se a consulta nesse ambiente proporciona aos participantes estarem sentados próximos ou não.

Tabela 20

Componente 5. Aspectos Contextuais do Serviço de Saúde

Item	Conteúdo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cargas fatoriais
49	Consulta em sala sem ruídos que dificultem a comunicação (Ex: sem haver barulhos de conversas externas)	4,37	0,93	0,61
51	Consulta em sala com temperatura que não dificulte a comunicação (Ex: sem estar muito quente ou frio)	4,19	0,90	0,59
50	Consulta em sala com iluminação que facilite a comunicação (Ex: sem estar muito claro ou escuro)	4,23	0,90	0,57
47	Não haver interrupções durante a consulta (Ex: outra pessoa da instituição entrar e falar sobre outros assuntos)	4,18	1,20	0,56
52	Tempo de espera não ser muito longo para receber atendimento	4,50	0,95	0,51
Número de Itens		5		
Valor Próprio		1,80		
% Variância Explicada		3,16		
Alfa de Cronbach (α)		0,69		
Lambda de Guttman		0,69		

Sumarizando, a versão final do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT) ficou com 52 itens distribuídos em cinco componentes. Ela fornece, assim, cinco escores independentes (pouco relacionados, conforme as Tabelas 16 a 20), relativos a: aspectos instrumentais, aspectos socioemocionais, estrutura da consulta, incentivo à participação e aspectos contextuais do serviço de saúde. Com esses resultados é possível concluir que o instrumento mais uma vez obteve evidências de precisão e validade de construto, o que torna o SAIT confiável para ser utilizado na avaliação das interações em saúde da criança.

A análise estatística do sistema permitiu também conhecer quais os aspectos que compõem a interação da tríade. Em seguida, apresenta-se a análise que possibilitou a construção da versão breve do SAIT.

Versão Breve do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT)

A composição da versão breve do SAIT foi elaborada com a preocupação de que o instrumento reduzido não perdesse sua validade e sua precisão. Para a composição dos itens optou-se por manter a consistência interna do instrumento reduzindo em cada componente itens que apresentassem os mais baixos índices de correlações do item com o componente sem que interferisse nos valores de Alfa de Cronbach (α) e Lambda de Guttman (o critério definido foi não ser abaixo de 0,60 e preferencialmente próximo de 0,70).

Sendo assim, procedeu-se à exclusão dos itens. O componente 1, *Aspectos Instrumentais*, ficou com 8 itens (Alfa de Cronbach (α) = 0,82 e Lambda de Guttman = 0,82). O componente 2, *Aspectos Socioemocionais*, ficou com 8 itens (Alfa de Cronbach (α) = 0,70 e Lambda de Guttman = 0,71). O componente 3, *Estrutura da consulta*, ficou com três itens (Alfa de Cronbach (α) = 0,74 e Lambda de Guttman = 0,74). O componente 4, *Incentivo à participação*, ficou com três itens (Alfa de Cronbach (α) = 0,74 e Lambda de Guttman = 0,75). O componente 5, *Aspectos contextuais do serviço de saúde*, ficou com quatro itens para o instrumento reduzido (Alfa de Cronbach (α) = 0,69 e Lambda de Guttman = 0,69). A versão final reduzida do SAIT possui, portanto, 26 itens (Tabela 21). Ver Anexo H com o Sistema de Análise Interacional para Tríade breve (SAIT-breve).

Tabela 21

Versão Breve do Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT)

Comp.	Item	Conteúdo	M	DP	Cargas fatoriais
1	23	Demonstrar apoio ao outro (Ex: conte comigo; eu estarei aqui)	4,48	0,76	0,66
1	34	Explicar que vai realizar exame no paciente (Ex: vou lhe examinar; vou realizar exame no paciente)	4,40	0,79	0,64
1	44	Orientar necessidade de mudanças na rotina diária de forma clara (Ex: você terá que deixar de comer fritura)	4,45	0,85	0,60
1	42	Falar de forma clara sobre o diagnóstico (Ex: você está com herpes; ele está com pneumonia)	4,67	0,64	0,59
1	31	Comunicar procedimentos que serão realizados (Ex: vou escutar seu coração, examinar sua orelha e garganta)	4,56	0,70	0,58
1	43	Pedir mais informações específicas sobre o diagnóstico (Ex: o que pode ter causado essa pneumonia?)	4,48	0,74	0,57
1	40	Falar informações sobre o resultado do exame físico (Ex: a garganta está inflamada; está inchado o braço)	4,47	0,81	0,56
1	45	Solicitar mais informações sobre mudanças na rotina diária (Ex: Doutor, o quê que ele não pode mais comer?)	4,36	0,83	0,53
2	16	Fazer brincadeiras ou brincar com o paciente durante a consulta (Ex: médico fala algo engraçado ou desenha)	3,57	1,30	0,61
2	02	Usar toques de cumprimentos (Ex: aperto de mão; abraço)	3,65	1,22	0,58
2	15	Falar com linguagem infantilizada (Ex: remedinho amarginho; muito bonitinho o cabelo dele)	3,06	1,42	0,56
2	26	Fazer elogios ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: você está muito bem; você é um menino inteligente)	4,22	0,86	0,53
2	20	Falar assuntos não relacionados à consulta para manter contato com outro (Ex: gosta de qual time de futebol?)	2,90	1,47	0,52
2	39	Ajudar a criança a descer da maca após exame ou consulta	3,60	1,28	0,49
2	38	Ajudar a criança a se vestir após o exame	2,91	1,46	0,47
2	21	Demonstrar aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: muito bem; você está certo)	3,87	1,09	0,46
3	55	Consulta com tempo suficiente para falar do diagnóstico e tratamento (Ex: explicar correta e cuidadosamente)	4,65	0,60	0,66
3	54	Consulta com tempo suficiente para realizar exame físico (Ex: examinar cuidadosamente a criança)	4,63	0,68	0,60
3	56	Consulta com tempo suficiente para esclarecer dúvidas durante o atendimento (Ex: ouvir dúvidas)	4,55	0,68	0,60
4	5	Pedir mais informações sobre a queixa para conhecer melhor a situação (Ex: a tosse é seca ou com secreção?)	4,55	0,74	0,60
4	8	Comunicar informações detalhadas (Ex: ele tem Rinite, parece uma gripe alérgica)	4,46	0,77	0,60
4	4	Falar claramente sobre a queixa (Ex: estou com dor na garganta; ele tosse muito à noite; fui no posto de saúde)	4,48	0,81	0,54
5	49	Consulta em sala sem ruídos que dificultem a comunicação (Ex: sem haver barulhos de conversas externas)	4,37	0,93	0,61

5	51	Consulta em sala com temperatura que não dificulte a comunicação (Ex: sem estar muito quente ou frio)	4,19	0,90	0,59
5	50	Consulta em sala com iluminação que facilite a comunicação (Ex: sem estar muito claro ou escuro)	4,23	0,90	0,57
5	52	Tempo de espera não ser muito longo para receber atendimento	4,50	0,95	0,51
Componente		Alfa de Cronbach (α)	Lambda de Guttman		
1		0,82	0,82		
2		0,70	0,71		
3		0,74	0,74		
4		0,74	0,75		
5		0,69	0,69		

Em suma, os resultados sugerem que tanto a versão completa quanto a versão reduzida do SAIT apresentam bons índices de validade e precisão, sendo favoráveis ao uso no contexto da comunicação em saúde com tríades.

É importante ressaltar que essa versão breve do SAIT deve ser usada em situações *in loco* e registrando a ocorrência ou não dos comportamentos, pois como as situações de interação em saúde são muito dinâmicas, os registros de frequência dos comportamentos podem prejudicar a atenção que deveria ser dada a um aspecto em detrimento de outro. Nas situações em que seja possível a gravação das imagens, recomenda-se o uso do sistema na íntegra a fim de se obter uma avaliação mais completa das interações em saúde no contexto pediátrico.

4.5.3. Discussão

Nesse estudo, os dados empíricos apontaram que o sistema elaborado é constituído de um bom repertório de comportamentos, pois com as análises do questionário foi possível agrupar os comportamentos em cinco fatores, três deles apontados inicialmente pela literatura. Os itens de todos os componentes obtiveram cargas fatoriais superiores a 0,32, o que indica uma correlação dos itens com os

componentes extraídos, o que é considerado muito bom. O Alfa de Cronbach e Lambda de Guttman indicaram alta (a partir de 0,85) ou boa (a partir de 0,70) confiabilidade dos componentes, com exceção do último componente que apresentou pelo menos um alfa aceitável (0,69). Sendo assim, foi constatado que o sistema possui fortes evidências de precisão e também de validade de construto, pois apresentou fatores esperados pela indicação não só da literatura como da intenção inicial da pesquisa de estruturar um sistema que avaliasse pelos menos os três aspectos fundamentais da comunicação, instrumentais, socioemocionais e contextuais.

A avaliação da precisão do SAIT realizada também neste Estudo 3, apontou que cinco comportamentos não conseguiam se agrupar em nenhum componente principal e foram excluídos da versão finalizada do SAIT. Por coincidência, três comportamentos (as interrupções, o choro e a pausa), também não são incluídos pelo Roter Interaction Analysis System (RIAS), instrumento que embasou algumas das categorias construídas no SAIT, embora alguns autores apontem a importância desses comportamentos na interação (Sandvik et al., 2002; Vail et al., 2011).

A literatura reforça que a elaboração de sistemas de avaliação da comunicação para observação direta (*in loco*) fornece um *feedback* em menor tempo do que os sistemas utilizados para o uso de gravação de imagens. O conhecimento adquirido por esses instrumentos usados em situações naturais possibilita repassar, logo após a avaliação, informações para o profissional acerca de sua própria consulta no que diz respeito ao perfil do processo comunicacional estabelecido entre ele e seus pacientes. Isto poderá ser feito usando a versão breve do SAIT. De posse dessas informações, o pediatra pode já no próximo atendimento realizar mudanças que ache pertinente para melhorar seu desempenho na interação com o paciente. Com isso, seria possível evitar a

espera de dias ou semanas para receber o *feedback* dos comportamentos gravados em áudio e vídeo (Boon & Stewart, 1998; Inui & Carter, 1985; Roter & Hall, 2006; Stewart & Roter, 1989). A versão breve foi composta de itens que mais se correlacionavam aos componentes, optando por retirar os comportamentos que mantivessem ainda bons índices de precisão.

Diante dos resultados obtidos ao longo dos três estudos desta tese, serão propostos a seguir uma revisão e adaptação do modelo teórico de Northouse e Northouse (1992), usado como base deste trabalho.

Modelo teórico da comunicação em interações no contexto de consultas pediátricas

A pesquisa de doutorado tinha como um dos seus objetivos nesse Estudo 3 a adaptação de um modelo teórico de comunicação em consultas pediátricas a partir de um modelo já existente voltado para consultas com o paciente adulto, o modelo de comunicação em saúde de Northouse e Northouse (1992). A partir do estudo empírico de elaboração e avaliação do sistema de análise interacional da tríade, assim como da pesquisa realizada no Estudo 3 com 316 participantes para elaboração da versão breve, foi possível compreender melhor o processo de comunicação no contexto pediátrico. A partir da opinião da própria tríade, via resultados da aplicação dos questionários em paciente pediátricos, acompanhantes e pediatras e também, com base nas análises estatísticas realizadas no Estudo 2, foi possível perceber que alguns fatores são fundamentais para compor esse modelo teórico.

O modelo foi composto adotando-se como característica primordial uma importância igualitária para os três participantes na consulta, não estabelecendo nenhuma formação hierárquica entre médico, paciente pediátrico ou acompanhante e

por esse motivo os três participantes são simbolizados no modelo por círculos iguais para determinar que pacientes pediátricos, acompanhantes e pediatras detêm semelhante importância nesse processo (Ver Figura 9). Os círculos pontilhados que perpassam os quatro componentes e atingem os participantes demonstram que as trocas comunicacionais são dinâmicas e transacionais e influenciam a verbalização de cada um dos participantes, assim como a presença deles nessa interação representada no modelo. Esse fato é justificado pela constante influência entre o emissor e o receptor, pois como reforça a literatura, mesmo que esse segundo não verbalize uma palavra durante a comunicação do primeiro, as expressões faciais ou posturas corporais do receptor, poderão modificar esse processo de comunicação (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006). Por esses motivos, os círculos pontilhados tocam nas setas que seriam as verbalizações dirigidas ao outro e nos círculos que compõem cada um dos participantes. Sendo assim, foi dada ênfase não apenas nas características individuais dos participantes da comunicação, mas no comportamento comunicacional dos indivíduos em relação.

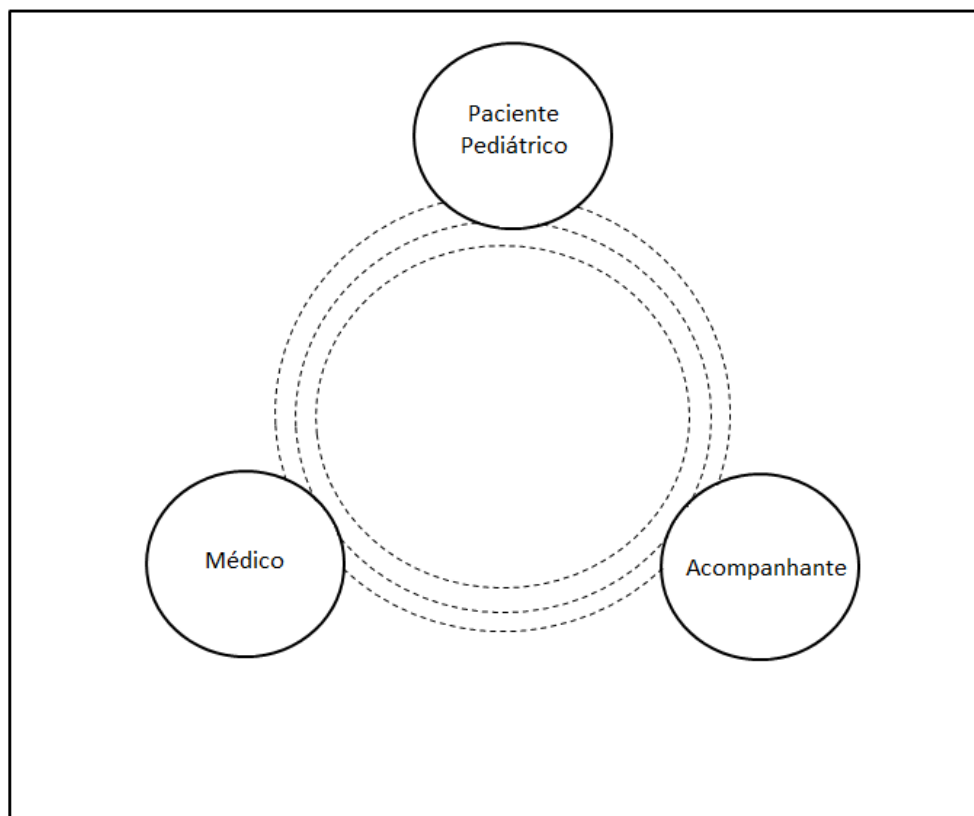


Figura 9. Representação dos participantes no modelo de comunicação em saúde da criança.

As trocas interações em saúde são representadas no modelo por setas que são emitidas assim como recebidas por cada participante, indicando que a comunicação verbalizada por um dos participantes deve tentar contemplar os outros dois no processo de comunicação (Ver Figura 10). A literatura indica que o pediatra deve repassar informações que alcancem a compreensão tanto do adulto quanto do paciente, pois geralmente o acompanhante e o paciente possuem expectativas, preocupações e dúvidas diferentes entre si (Leite et al., 2007; Tates & Meeuwesen, 2000, 2001).

A estruturação de setas demonstra que é possível nessa interação que um participante verbalize para dois receptores ao mesmo tempo, assim como um receptor pode receber informações de dois emissores no mesmo momento. No primeiro caso quando o médico realiza aconselhamento para a mãe e a criança e no segundo quando o

médico e a acompanhante falam ao mesmo tempo, sobrepondo falas com o paciente. É possível também perceber na Figura 10, que um participante ao se comunicar com um o outro e receba ao mesmo tempo elementos dessa interação, como por exemplo, enquanto o médico comunica os procedimentos que serão realizados, o paciente emite comportamentos não verbais, como olhares, enrugamento da testa ou as mãos trêmulas do paciente e no meio de sua fala ele modifica a forma de se expressar, acrescentando mais informações na verbalização para que o paciente seja tranquilizado de todo o procedimento.

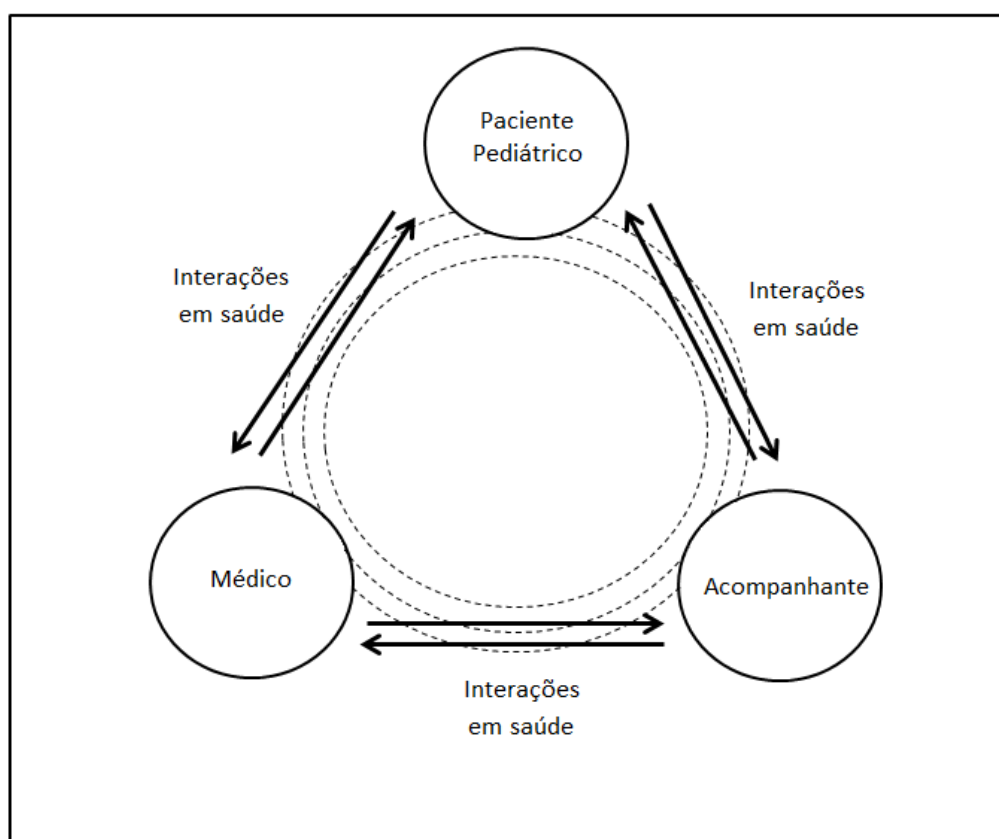


Figura 10. Representação das interações em saúde no modelo de comunicação em saúde da criança.

Outra dimensão que precisa estar presente no modelo teórico são os fatores que compõem os processos comunicacionais, sendo esses os aspectos instrumentais, aspectos socioemocionais e aspectos contextuais ressaltado tanto pela literatura (Carter

et al., 1982; Cosnier, 1994; Lewis et al, 1991; Roter & Hall, 2006) quanto no Estudo 3, sendo incluídos ainda a partir desse estudo citado, o incentivo à participação e a estrutura da consulta.

O modelo apresentado ressalta que das cinco variáveis comunicacionais que estruturam o processo de comunicação em saúde, quatro componentes são intrínsecos às verbalizações e ao comportamento, sendo esses os aspectos instrumentais, aspectos socioemocionais, aspectos de incentivo à participação e aspectos da estrutura da consulta.

O outro componente é o contexto dos serviços de saúde, que é extrínseco às interações, mas também influencia todo o processo de comunicação onde ocorrem essas consultas, pois segundo Cosnier (1994), a comunicação é estruturada e se altera com base nas características do participante, da situação, do local e da função desta interação. Assim como, cada um dos três participantes possui crenças, valores e percepções únicas para os serviços de saúde, que afetam o modo como eles interagem uns com os outros, alterando mais uma vez esse contexto de interação (Fujioka & Stewart, 2013; Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006). Sendo assim, a Figura 11 representa o modelo completo de comunicação em saúde da criança, com as variáveis comunicações que compõe as interações em consultas pediátricas.

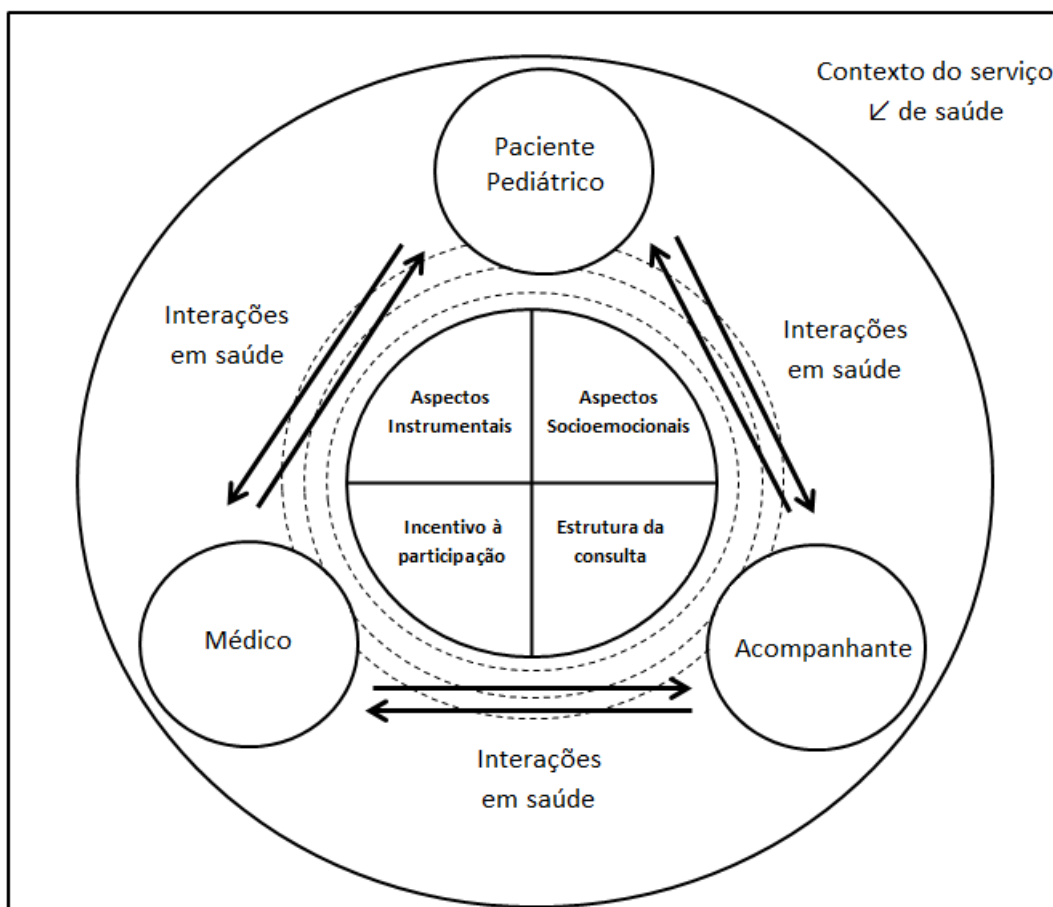


Figura 11. Modelo de comunicação em saúde da criança

Importante ressaltar que esse modelo pode e deve ser aplicado em todos os contextos de comunicação em saúde da criança, tanto com o pediatra com formação clínica geral ou que possua especialidades, quanto com outros profissionais de saúde, como o odontólogo pediatra, o fisioterapeuta que atende crianças, o nutricionista infantil, entre outros.

Finalizando, o modelo adaptado, ora proposto, reflete as peculiaridades de uma consulta pediátrica apontada pela literatura, pois dá importância aos três participantes (Tates & Meeuwesen, 2000, 2001), aponta a comunicação como processo transacional,

multidimensional e dinâmico (Cosnier, 1994; Leary, 1950; Northouse & Northouse, 1992; Rey & Donohew, 1990; Roter & Hall, 2006). Além disso, é composto de aspectos instrumentais, socioemocionais e contextuais (Carter et al., 1982; Cosnier, 1994; Lewis et al, 1991; Roter & Hall, 2006), e evidencia a influência mútua que um participante exerce nos outros no ambiente de interação (Northouse & Northouse, 1992; Roter & Hall, 2006). O modelo adaptado proposto nesta tese avança na área de comunicação em saúde da criança, uma vez que até o momento nenhum modelo comunicacional foi elaborado para esse contexto específico.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos realizados, conclui-se que o Sistema de Análise Interacional para Tríades (SAIT), conforme elaborado e examinado nesta tese, possui evidências de validade e de precisão. Demonstrou-se que o SAIT possui boas evidências de sua qualidade mesmo quando estudantes, que não detém um conhecimento específico na área, nem experiência em observação e categorização de comportamentos, realizaram avaliações semelhantes aos registros da própria pesquisadora. Independentemente de quem esteja utilizando o instrumento, ele possibilitou que a caracterização não tivesse divergências significativas nas consultas em tríades, tanto no contexto do centro de saúde quanto do hospital. Espera-se que seu uso pelos especialistas na área de comunicação em saúde produza ainda melhores resultados, em função dos seus conhecimentos e experiências.

O SAIT demonstrou ser eficiente e eficaz na avaliação de consultas pediátricas, desde que se possua um treinamento para administrá-lo. Amparando-se nos bons resultados apresentados, o treinamento, conforme elaborado e realizado neste estudo, foi suficiente para que pessoas não familiarizadas com a temática pudessem usar o SAIT. Esta estratégia teve o objetivo de torná-lo amplamente usado. Por isso, não é recomendado utilizar o SAIT sem um treinamento inicial. O objetivo do treinamento é familiarizar os avaliadores com cada comportamento e as formas de registrá-los, além de sensibilizá-los para desenvolverem um olhar mais atento e uma escuta mais criteriosa, visando a diferenciar cada emissão de verbalização ou comportamento nas interações da tríade. Por exemplo, os comportamentos não verbais são os que

necessitam de maior treinamento e esforço na compreensão, pois exige um olhar atento às imagens e à clareza de quando termina uma emissão e começa a outra.

Em resumo, pode-se afirmar que o Sistema de Análise da Interação para Tríades (SAIT) apresenta legitimidade e confiabilidade para ser utilizado nas pesquisas e na intervenção junto às consultas pediátricas. A seguir, são indicadas e discutidas as possibilidades de manuseio do SAIT, bem como as intervenções que poderão surgir a partir do seu uso nos mais diversos serviços e com diferentes possibilidades. Também serão expostos os cuidados éticos e metodológicos para facilitar a aplicação do instrumento, sua análise, bem como resguardar o direito dos participantes.

5.1. Utilizações do SAIT em pesquisas e intervenções

O uso do SAIT em pesquisa necessita de orientações para facilitar sua aplicação e evitar possíveis distorções quanto a sua finalidade. O projeto precisa passar pela aprovação do comitê de ética atendendo as especificações da resolução 466/2012, uma vez aprovado, os participantes adultos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a criança o Termo de Assentimento que define a importância de esclarecer o paciente pediátricos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

O SAIT avalia a interação dos três participantes em um contexto de saúde, podendo ocorrer em diferentes ambientes, como: nos centros de saúde, nas clínicas especializadas e nos hospitais. O SAIT poderá ser utilizado por completo ou em partes, isto é, a consulta poderá ser avaliada em todos os três momentos ou pode ser investigado apenas um momento desse atendimento. Depende, portanto, do interesse do

pesquisador, o que ele deseja conhecer ou intervir. Embora cada consulta seja única, o sistema foi organizado a partir de um *script* geral de uma consulta: 1º acolhimento e investigação da queixa, 2º exame físico e 3º formulação do diagnóstico e elaboração do plano terapêutico.

Como instrumento de observação, é recomendado que o SAIT seja utilizado em gravações de áudio e imagem de consultas pediátricas. Neste caso, existem duas formas de registro: (1) *ocorrência* ou *não* de um comportamento (isto é, sim ou não) e (2) a *frequência* com que cada comportamento ocorre, ou seja, a quantidade de vezes que um comportamento indicado se manifestou. Nas pesquisas que possuam maior tempo para investigação e análise, recomenda-se que sejam feitos os registros de frequência (dado numérico), pois eles poderão ser recodificados como ocorrência por meio dos *softwares* estatísticos de análise de dados. Isso não poderá ser feito se apenas for registrada a ocorrência (dado categórico). No caso das pesquisas, para um maior rigor e facilidade na categorização dos comportamentos, sugere-se, ainda, que o áudio da consulta seja transcrito. Isso ajudará no registro de cada verbalização da interação investigada. Devem ser utilizados equipamentos (e.g., câmeras filmadoras e gravadores de áudio) de qualidade para não comprometer o entendimento e análise das gravações. A qualidade dos dados também dependerá da qualidade do posicionamento da câmera e das imagens para serem adequadamente observadas e, posteriormente, analisadas. Um período de familiarização no contexto de pesquisa poderá ajudar a identificar o melhor lugar para o pesquisador posicionar-se e posicionar os equipamentos.

No caso de observação da consulta em situação natural, ou seja, quando o avaliador estiver observando a consulta ao mesmo tempo em que ela estiver acontecendo, sugere-se utilizar a versão abreviada do SAIT, registrando as *ocorrências*

dos comportamentos (marcar um “X”). Tal versão, também poderá ser usada como questionário – e não apenas como protocolo de observação. Como questionário (veja Estudo 3), poderá ser usado para heteroavaliação – avaliação da comunicação realizada por outros membros da tríade, por exemplo, quando o acompanhante ou a criança avaliam a consulta – ou autoavaliação – avaliação realizada pelo próprio profissional que realizou a consulta (médico). Para o primeiro tipo de uso, o questionário pode ser aplicado no paciente pediátrico e acompanhante para que os mesmos avaliem sua satisfação em relação aos 57 itens do instrumento. A escala Likert deverá mudar para “1- não satisfatório - até 5 - muito satisfatório”, ou “1 – ruim - até 5 - ótimo” ou conforme intenção da pesquisa (no caso do Estudo 3 foi indicar o grau de importância para o participante). Para a autoavaliação, o questionário poderá ser aplicado ao próprio pediatra para que ele se avalie após a realização da consulta, refletindo acerca do quanto ficou satisfeito com sua comunicação no desenvolvimento da consulta. Por exemplo, as escalas Likert poderão expressar satisfação ou avaliação da própria atuação: “1- não satisfatório - até 5 - muito satisfatório” ou “1 - atuação ruim - até ótima atuação”.

Para melhor manuseio do SAIT, seguem algumas recomendações:

- 1) ler cuidadosamente a lista de descrição dos itens,
- 2) ler todo o sistema para se familiarizar com a ordem em que cada comportamento está organizado,
- 3) assistir todo o vídeo, completamente, para se familiarizar com a consulta,
- 4) transcrever todo o áudio da consulta (para um maior rigor na análise),
- 5) realizar cortes nas verbalizações transcritas (isto é, seccionar a verbalização, a cada pausa ou mudança de assunto, escrevendo na própria transcrição) para facilitar a análise,


6) começar a categorizar os comportamentos (na transcrição do áudio) assinalando, em cima de cada verbalização, o número correspondente ao comportamento,

7) registrar a frequência ou ocorrência dos comportamentos/interações no sistema,

8) assistir novamente o vídeo para captar de forma mais específica os comportamentos não verbais e os aspectos do contexto, pausando a imagem e voltando sempre que for preciso,

9) atentar-se para o fato de que a ocorrência/frequência de uma verbalização poderá ser categorizada em mais de um comportamento (e.g., uma comunicação de orientação que é realizada de forma infantil para a criança, poderá ser registrada simultaneamente como “fornece orientações e instruções técnicas” e “utiliza linguagem infantilizada”),

10) alguns registros poderão gerar dúvidas sobre qual comportamento registrar; nesses casos, sugere-se levar em consideração a frase anterior e posterior à verbalização que está sendo categorizada, de modo que o contexto facilite a categorização; deve-se consultar também a lista de descrição das categorias;

11) os registros podem ser feitos no formato “| | | | |” ou por quadrados de cinco pontos  (recomendado, em função da rápida visualização e contagem) para registros de frequência, e “X” para registro de ocorrência dos comportamentos/interações e,

Além disso, o SAIT possibilita concluir sobre como determinada consulta se organiza: (1) centrado no médico, (2) no paciente, (3) no acompanhante, (4) em díades ou (5) na tríade. Somente os envolvidos poderão avaliar se este ou aquele perfil é mais

satisfatório ou se a consulta resultou em um bom nível de satisfação ou insatisfação por parte daqueles que dela participaram. O SAIT não foi construído com a finalidade de determinar se o serviço, a instituição ou o profissional possui uma comunicação *melhor* ou *mais adequada* do que outros serviços ou profissionais avaliados. Não se pode correr o risco de tentar rotular o profissional por meio do SAIT. Isso é um erro, pois cada profissional age na consulta não só a partir do seu estilo, mas influenciado pela estrutura do serviço onde atua e pelos comportamentos dos pacientes e dos acompanhantes.

É recomendável que o SAIT seja utilizado na avaliação das primeiras consultas, tendo em vista que os comportamentos listados geralmente aparecem no primeiro contato do paciente e acompanhante com o médico, como por exemplo, informações sobre características físicas do paciente. No entanto, nada impede que o SAIT seja aplicado na avaliação de outros tipos de consultas, como a consulta de retorno ou de segmento. Para esse tipo de avaliação, a ausência de determinados comportamentos devem ser compreendidos também em função do objetivo da consulta e não de características próprias da comunicação estabelecida entre os participantes.

Ressalta-se a necessidade de sigilo durante toda a pesquisa, em função do acesso à informações dos participantes (paciente pediátrico, acompanhante e pediatra). É fundamental a devolutiva dos resultados para as instituições, uma vez que será possível conhecer o perfil que esta sendo estabelecida a comunicação daquele profissional, e se este perfil reflete ou não a organização do serviço em uma determinada consulta.

Sugere-se o uso do SAIT para avaliar serviços de saúde das mais diversas áreas e especialidades. O uso poderá ocorrer advindo de uma demanda institucional para fomentar a capacitação dos profissionais ou mesmo como uma necessidade do próprio profissional em aprimorar sua prática, possibilitando treinamentos de (novas)

habilidades ou a manutenção da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais. Também poderá ser usado para auxiliar na formação desde a graduação até na formação continuada de profissionais que tenham a intenção ou trabalhem com o público infantil. O uso do SAIT para estudar a comunicação entre a criança, seu acompanhante com outros profissionais de saúde também é encorajado (e.g., odontólogo, fisioterapeuta e nutricionista). No entanto, adaptações do SAIT a esses contextos podem ser necessárias e serem objetos de investigação do seu possível uso prático junto a novos contextos de interação entre tríades.

5.2 Outras possíveis utilizações do SAIT

Durante a aplicação dos questionários nas instituições, alguns *feedbacks* foram recebidos dos profissionais e três, em especial, chamaram muita atenção. Em um deles, uma das pediatras entrevistadas relatou que após responder o questionário, ela começou a perceber de forma mais sensível como realizava sua consulta. Por exemplo, quais aspectos poderiam estar presentes em sua consulta e quais ela não realizava em sua prática até aquele momento, mas que poderia passar a fazê-lo. Outra profissional perguntou se poderia ficar com o instrumento para usá-lo como um *checklist* durante o atendimento, pois com o instrumento em mãos ele auxiliaria para que nenhum aspecto fosse esquecido, auxiliando na melhora da qualidade da interação na consulta. Uma terceira profissional sugeriu que os pacientes preenchessem o instrumento na sala de espera e, ao entrar na consulta, entregasse para o médico dar uma olhada para identificar quais os aspectos que o paciente considera mais importantes, para que ela não deixasse de contemplá-los durante a consulta e seria possível alcançar a satisfação dos pacientes e seus acompanhantes. Esses casos podem ser explorados futuramente quanto à sua

utilidade. Finalmente, espera-se que, em um futuro próximo, talvez durante estudo de pós-doutorado da pesquisadora, o SAIT seja transformado, pois atualmente está no formato lápis e papel, em um *software* de fácil manuseio.

REFERÊNCIAS

- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Araújo, M. M. T., Silva M. J. P., & Puggina A. C. G. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(3), 419-425.
- Arora, N. (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science and Medicine*, 57, 791-806.
- Barbosa, A. C. A. S., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. *Mudanças*, 14(2), 205-214.
- Batista, C. G. (1980). Elaboração de um catálogo de comportamentos motores observados na interação pais e filhos. *Psicologia*, 6(3), 47-81.
- Batista, C. G. (2010). Observação do Comportamento. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e prática* (pp.273-307). Porto Alegre: Artmed.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Bensing, J. M., Tromp, F., van Dulmen, S., van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Chellevis, F. G. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 a 2002: A study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *Biomed Central Family Practice*, 25(7), 62-71.
- Berlo, D. K. (1960). *The process of communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Bijou, S. W., Peterson, R. F., & Ault, M. H. (1968). A method to integrate descriptive and empirical field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(2), 175-191.
- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 161-176.
- Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L. (2003) Outcomes of Patient-Provider Interaction. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Butalid, L., Bensing, J. M., & Verhaak, P. F. M. (2014). Talking about psychosocial problems: An observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 314-321.
- Campos, M. M. (2008). Porque é importante ouvir a criança? A participação das crianças pequenas na pesquisa científica. Em H. V. C. Cruz (Org.), *A criança fala: Escuta de crianças em pesquisa* (pp. 35-42). São Paulo: Cortez.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-46.
- Carter, W. B., Inui, T. S., Kukull, W. A., & Haigh, V. H. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: Identifying effective provider and patient behavior. *Medical Care*, 20(6), 550-566.

- Coelho Filho, J. M. (2007). Relação médico-paciente: A essência perdida. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 631-633.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70(4), 213-220.
- Connor, M., Fletcher, I., & Salmon, P. (2009). The analysis of interaction sequences in dyadic clinical communication: A review of methods. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 169-177.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Instructor's manual for applied behavior analysis*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Cosnier, J. (1994). As interações em meio terapêutico (T. C. C. F. Araujo, Trad.) In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication: Approaches interactionistes des relations de soins*. Lyon: Press Universitaires de Lyon.
- Costa Neto, S. B. (1994). *Fatores do processo de tomada de decisão de uma equipe de saúde numa instituição de tratamento a irradiados por fonte ionizante: Um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cousin, G., Mast, M. S., Roter, D. L., & Hall, J. A. (2012). Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 193-197.
- Cristo, L. M. O., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Comunicação e Oncologia: um levantamento de estudos Brasileiros. *Brasília Médica*, 48, 50-57.
- Cristo, L. M. O., & Araujo, T. C. C. F. (2013). Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Revista Psicologia e Saúde*, 5, 59-68.

- Cunha, W. H. A. (1976). Alguns princípios de categorização, descrição e análise do comportamento. *Ciência e Cultura*, 28, 15-24.
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: EDICON.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology*, 5(6), 581-594.
- DiMatteo, M. R., & Taranta, A. (1979). Nonverbal communication and physician-patient rapport: An empirical study. *Professional Psychology*, 10(4), 540-547.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*, 18, 376-387.
- Eertwegh, V. D., Dalen, J., Van Dulmen, S., Vleuten, C. D., & Scherpbier, A. (2014). Residents' perceived barriers to communication skills learning: Comparing two medical working contexts in postgraduate training. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 91-97.
- Eidea, H., Graugaarda, P., Holgersena, K., & Finseta, A. (2003). Physician communication in different phases of consultation et oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 259-266.
- Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: A systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 5-22.
- Enskar, K., & Essen, L. (2000). Important aspects of care and assistance for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17, 239-249.

- Epstein, R. M., Alper, B. S., & Quill, T. E. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *Journal of American Medical Association*, 291(19), 2359-2366.
- Finset, A. (2012). "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 359-363.
- Flemmer, D. D., Flemmer, M., Sobelman, S., & Astrom, J. (1996). Attitudes and observations about nonverbal communication in the psychotherapeutic greeting situation. *Psychological Reports*, 78(2), 407-418.
- Fujioka, Y., & Stewart, E. (2013). How Do Physicians Discuss e-Health with Patients? The Relationship of Physicians' e-Health Beliefs to Physician Mediation Styles. *Health Communication*, 28(4), 317-328.
- Giannini, A. J., Giannini, J. D., & Bowman, R. K. (2000). Measurements of nonverbal receptive abilities in medical students. *Perceptual and Motor Skills*, 90(3), 1145-1150.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C., & Frankel, R. M. (2009). Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients. *Patient Education and Counseling*, 76(3) 323-327.
- Hall, R. V. (1973). *Manipulação de comportamento – parte I: Modificação de comportamento*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Hannawa, A. F. (2014). Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 310-313.
- Harrison, G., Hayden, S., Cook, V., & Cushing, A. (2012). Improving health care professionals' feedback on communication skills: Development of an on-line resource. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 414-419.

- Heath, C. (1994a). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et le médecin. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 65-76). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Heath, C. (1994b). La conduite du patient pendant l'examen médical. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 77-83). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Hertage, J., & Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine*, 49, 1501-1517.
- Hinde, R. A. (1981). The bases of a science of interpersonal relationships. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships* (pp.40-68). London: Academic Press.
- Inui, T. S., & Carter, W. B. (1985). Problems and prospect for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23(5), 521-538.
- Kaplan, R. M. (1997). Health outcomes and communication research. *Health Communication*, 9(1), 75-82.
- King, I. M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons.
- Kohlsdorf, M (2012). *Proposta de pré-consulta comportamental: análise da comunicação de médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica*. (Tese de Doutorado), Universidade de Brasília, Brasília.
- Kreppner, K. (2011). Aplicando a metodologia de observação em psicologia do desenvolvimento e da família (M. A. Dessen, Trad.). Curitiba: Juruá.

- Kreps, G. L., & Thornton, B. C. (1984). *Health communication: Theory and practice*. New York: Longman.
- Lambert, B. L., Street, R. L., Cegala, D. J., Smith, D. H., Kurtz, S., & Schofield, T. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Communication*, 9(1), 75-82.
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Leary, T. (1950). The theory and measurement methodology of interpersonal communication. *Psychiatry*, 18, 147-161.
- Leite, A. J. M. (2012). Ensino de pediatria e atendimentos às crianças. In A. J. M. Leite, A. C. Neves Filho & J. J. F. Amaral, Guia da consulta da criança (pp.1-6). Recuperado a partir de www.geocities.ws/abs5famed/gcons.pdf.
- Leite, A. J. M., Sá, H. L. C., & Bessa, O. A. C. (2007). Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho, *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 91-137). São Paulo: SARVIER.
- Levinson, W., Hudak, P., & Tricco, A. C. (2013). A systematic review of surgeon-patient communication: Strengths and opportunities for improvement. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 3-17.
- Lewis, C. E., Pantell, R. H., & Sharp, L. (1991). Increasing patient knowledge, satisfaction, and involvement: Randomized trial of communication intervention. *Pediatrics*, 88(2), 351-358.

- Linell, P., Gustavsson, L., & Juvonen, P. (1988). Interactional dominance in dyadic communication: A presentation of initiative-response analysis. *Linguistics*, 26, 415–442.
- Maldonado, M. T., & Canella, P. (2009). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Ribeirão Preto: Novo Conceito.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willing, C. (2004). Communication: Messages and meanings. In F. D. Marks, M. Murray, B. Evans & C. Willing, *Health psychology* (pp.265-286). London: Sage.
- Martins, B. M. M. (2001). *Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente em uma unidade de assistência aos lesados medulares*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Brasília, Brasília.
- Martins, B. M., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento*, 26(53), 109-116.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *Journal of the American Medical Association*, 281(3), 283-287.
- Mehrabian, A. (1972). *Nonverbal communication*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Mendonça, M. B. (2007). *Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Brasília, Brasília.
- Mercer, M. L., Tanabe, P., Pang, P. S., Gisondi, M. A., Courtney, D. M., Engel, K. G., Donlan, S. M., Adams J. G., & Makoul, G. (2008). Patient perspectives on

- communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment tool-team (CAT-T). *Patient Education and Counseling*, 73(2), 220-223.
- Northouse, P. G., & Northouse, L. L. (1992). *Health communication: Strategies for health professionals* (2^a ed.). Stanford: Appleton and Lange.
- Nussbaum, J. F., Ragan, S., & Whaley, B. (2003). Children, older adults, and women: Impact on provider-patient interaction. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pasquali, Luiz. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(spe), 99-107.
- Pasquali, L. (1999). Escalas psicométricas. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 105-127). Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Pawlikowska, T., Zhang, W., Griffiths, F., & Dalen, J. V. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations – How this relates to patient enablement. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 70-76.
- Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Pinto, L. M, O. (2010). *Comunicação pediatra, paciente e acompanhante: Uma análise comparativa entre níveis assistenciais*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Brasília, Brasília.
- Porto, T. M. E. (2003). *Redes em construção: Meios de comunicação e práticas educativas*. Araraquara: JM Editora.

- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. (Tese de Doutorado), Universidade de Brasília, Brasília.
- Ramos, V. S. C. (1999). A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2(2), 22-28.
- Ray, E. B., & Donohew, L. (1990). *Communication and health: Systems and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rocha, E. A. C. (2008). Por que ouvir as crianças? Algumas questões para um debate científico multidisciplinar. In H. V. C. Cruz (Org.), *A criança fala: Escuta de crianças em pesquisa* (pp. 43-51). São Paulo: Cortez.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P. L., & Archer, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communications: The PONS test*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health*, 10, 163-180.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. London: Praeger.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.

- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: Desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 619-623.
- Salmon, C. T., & Atkin, C. (2003). Using media campaigns for health promotion. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 449-472). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sandvika, M., Eideb, H., Lindd, M., Graugaardb, P. K., Torperb, J., & Finsetb, A. (2002). Analyzing medical dialogues: Strength and weakness of Roter's Interacion Analysis System (RIAS). *Patient Education and Counseling*, 46(2), 235-241.
- Santos, A. C. A. (2001). *Consulta médico-paciente: Um estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Brasília, Brasília.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Champaign: University of Illinois Press.
- Silva, L. M. G., Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. A., & Silva, M. J. P. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
- Silva, M. J. P. (2006). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde* (11^a ed.). São Paulo: Loyola.
- Steinhausen, S., Ommen, O., Thüm, S., Lefering, R., Koehler, T., Neugebauer, E., & Pfaff, H. (2014). Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 53-60.

- Stewart, M., & Roter, D. (1989). *Communicating with medical patients*. California: Sage Publications.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Street Jr., R. L. (1992). Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Social Science Medicine*, 34, 1155-1163.
- Street Jr., R. L., & Epstein, R. M. (2008). Key interpersonal functions and health outcomes: Lessons from theory and research on clinician-patient communication. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4^a ed.) (pp.237-268). São Francisco: Jossey-Bass.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007a). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 624-627.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007b). Estrutura da consulta. In A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho (Orgs.), *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 11-46). São Paulo: Sarvier.
- Tagliavini, G., & Saltini, A. (2000). La letteratura sulla comunicazione medico-paziente. Um Archivio Informatizado. *Medical Education Information Center*, 8, 53-56.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2000). Let Mum have her say': Turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 151–162.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 52, 839-851.

- Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., & Elbers, E. (2004). Joking or decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-patient-child communication. *Psychology and Health, 17*(3), 281-295.
- Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. E. (2005). Patient-physician communication: Why and how? *Journal of the American Osteopathic Association, 105*(1), 13-18.
- Vail, L., Sandhu, H., Fisher, J., Cooke, H., Dale, J., & Barnett, M. (2011). Hospital consultants breaking bad news with simulated patients: An analysis of communication using the Roter Interaction Analysis System. *Patient Education and Counseling, 83*(1), 185-194.
- van Dulmen, A. M. (1998). Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics, 102*, 563-568.
- van Dulmen, A. M. (2004). Pediatrician-parent-child communication: Problem-related or not? *Patient Education and Counseling, 52*(1), 61-68.
- Wasserman, R. C., & Inui, T. S. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: A critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care, 21*(3), 279-293.
- Weaver, R. R. (2003). Informatics tools and medical communication: Patient perspectives of "knowledge coupling" in primary care. *Health Communication, 15*(1), 59-78.
- Wilma, M. C. M., Caris-Verhallen, M. S., Kerkstra, A., Bensins, J. M., & Grypdonck, M. H. F. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling, 39*(1), 91-103.

- Wouda, J. C., & van de Wiel, H. B. M. (2012). The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 57-62.
- Wynd, C. A., Schmidt, B., & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508-518.

ANEXOS

**ANEXO A – CATEGORIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE
ANÁLISE INTERACIONAL PARA TRIÁDES.**

ASPECTOS	VERBAIS OU NÃO-VERBAIS	INDICADORES
Contextuais	-	Número de pessoas presentes no ambiente
	-	Entrada e saída de pessoas no ambiente
	-	Posição e distância das pessoas no ambiente
	-	Posição dos móveis (cadeiras, armários, pia, lavatórios, etc)
	-	Sons
	-	Ruídos
	-	Iluminação
	-	Tamanho da sala
	-	Temperatura
	-	Tempo de espera pelo atendimento
	-	Tempo de duração da consulta
	Verbal e Não-verbal	Interrupções na fala
	Verbal e Não-verbal	Interrupções na consulta
Instrumentais	Verbal	Fornecer informações (condutas terapêuticas, procedimentos, diagnósticos, mudanças de hábitos)
	Verbal	Fornecer orientações e instruções
	Verbal	Repetir perguntas ou respostas
	Verbal	Solicitar informações e opiniões
	Verbal	Solicitar ações
	Verbal	Aconselhar
	Verbal	Verificar compreensão
	Verbal	Recomendar de forma contextualizada
	Verbal	Informar o toque durante exame
	Verbal	Esclarecer sobre assuntos externos
	Verbal	Utilizar transição de palavras
Socioemocionais	Verbal e Não-verbal	Emitir saudações e despedidas
	Verbal e Não-verbal	Rir ou contar piada
	Verbal e Não-verbal	Chorar
	Não-verbal	Fazer pausa prolongada ou permanecer em silêncio
	Verbal e Não-verbal	Mostrar aprovação
	Verbal e Não-verbal	Mostrar desaprovação
	Verbal e Não-verbal	Mostrar preocupação
	Verbal	Ter empatia
	Verbal	Fazer elogios
	Verbal	Fazer críticas
	Verbal e Não-verbal	Dar apoio

	Verbal e Não-verbal	Incentivar reflexão
	Verbal e Não-verbal	Incentivar a fala do outro
	Verbal e Não-verbal	Mostrar aprovação direta
	Verbal e Não-verbal	Mostrar desaprovação direta
	Verbal e Não-verbal	Auto-revelação
	Verbal e Não-verbal	Estabelecer parceria
	Verbal e Não-verbal	Legitimizar
	Verbal e Não-verbal	Mostrar-se aberto à resposta
	Verbal e Não-verbal	Mostrar concordância ou entendimento
	Verbal e Não-verbal	Realizar observações pessoais
	Não-verbal	Realizar contato visual

ANEXO B – CATEGORIAS DO RIAS

Trocas socioemocionais	Comportamentos
	Observações pessoais, conversas sociais
	Risos, contar piadas
	Mostrar aprovação direta
	Dar elogios
	Mostrar concordância ou entendimento
	Mostrar-se aberto à resposta
	Ser empático
	Mostrar preocupação
	Garantir, incentivar ou mostrar otimismo
	Legitimizar
	Estabelecer parceria
	Auto-revelação
	Mostrar desaprovação direta
	Mostrar críticas gerais
	Pedir tranquilidade
Trocas focadas na tarefa	Utilizar transição de palavras
	Dar instrução, orientação
	Parafrasear, checar entendimento
	Ofertar repetição
	Pedir compreensão
	Pedir opinião
	Solicitar questões fechadas (condição médica, esquema terapêutico, estilo de vida, sentimentos psicossociais, outros)
	Solicitar questões abertas (condição médica, esquema terapêutico, estilo de vida, sentimentos psicossociais, outros)
	Fornecer informações (condição médica, esquema terapêutico, estilo de vida, psicossocial de sentimentos, outros)
	Dar conselhos ou direcionar o comportamento, condição médica / regime terapêutico
	Dar conselhos ou direcionar o comportamento estilo de vida, / psicossocial
	Pedir serviços ou medicamentos

ANEXO C - CATEGORIAS ELABORADAS NA PESQUISA PINTO (2010)

Subsistema 1 – Finalidade Comunicacional	1.1. Incentivo à Participação (IP)	1.1.1. Solicitar informações específicas sobre a queixa ao paciente (SIEQ-p)
		1.1.2. Solicitar informações específicas da queixa ao acompanhante (SIEQ-a)
		1.1.3. Solicitar ações ao paciente (SA-p)
		1.1.4. Solicitar ações ao acompanhante (SA-a)
		1.1.5. Solicitar informações durante o exame ao paciente (SIE-p)
		1.1.6. Solicitar informações durante o exame ao acompanhante (SIE-a)
		1.1.7. Solicitar informações novamente (SIN)
		1.1.8. Solicitar informações sobre características do paciente ao paciente (SICP-p)
		1.1.9. Solicitar informações sobre características do paciente ao acompanhante (SICP-a)
		1.1.10. Paciente solicita informação para esclarecer verbalização (SIEV-p)
		1.1.11. Acompanhante solicita informação para esclarecer verbalização (SIEV-a)
	1.2. Incentivo à Interação (II)	1.2.1. Saudações e despedidas (SD)
		1.2.2. Socialização com o paciente (SO-p)
		1.2.3. Socialização com o acompanhante (SO-a)
		1.2.4. Incentivar reflexão do paciente (IR-p)
		1.2.5. Incentivar reflexão do acompanhante (IR-a)
	1.3. Comunica Informações (CI)	1.3.1. Comunicar procedimentos ao paciente (CP-p)
		1.3.2. Comunicar procedimentos ao acompanhante (CP-a)
		1.3.3. Comunicar condutas terapêuticas ao paciente (CCT-p)
		1.3.4. Comunicar condutas terapêuticas ao acompanhante (CCT-a)
		1.3.5. Comunicar necessidade de mudanças de hábitos ao paciente (CMH-p)
		1.3.6. Comunicar necessidades de mudanças de hábitos ao acompanhante (CMH-a)
		1.3.7. Comunicar hipóteses diagnósticas ao paciente (CHD-p)
		1.3.8. Comunicar hipóteses diagnósticas ao acompanhante (CHD-a)
		1.3.9. Comunicar informações sobre seu estado de saúde (CIES-p)
		1.3.10. Comunicar informações sobre estado de saúde do paciente (CIES-a)
Subsistema 2 – Recursos Comunicacionais	2.1. Recursos Facilitadores (RF)	2.1.1. Informação detalhadora (ID)
		2.1.2. Verificação da compreensão do paciente (VC-p)
		2.1.3. Verificação da compreensão do acompanhante (VC-a)
		2.1.4. Acompanhante incentiva a fala do paciente (AIF-p)
		2.1.5. Recomendações contextualizadas (RC)
		2.1.6. Repetir falas (RF)
	2.2. Recursos Dificultadores (RD)	2.2.1. Uso de jargões médicos (JM)
		2.2.2. Não informar o toque durante exame físico (NIT)
		2.2.3. Interrupções na fala (IF)
		2.2.4. Interrupções na consulta (IC)
		2.2.5. Esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE)
		2.2.6. Tangencializações (TAN)
		2.2.7. Desatenção à fala do paciente (DFP)

ANEXO D - DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS DO SISTEMA DE ANÁLISE INTERACIONAL PARA TRIÁDES EM CONSULTAS PEDIÁTRICAS

- 1. A Emissão de saudações/cumprimentos verbais:** Durante entrada ou saída da sala de consulta há cumprimentos verbais entre os participantes. Ex.: “como “olá”, “bom dia”, “até logo”.
- 2. Toques de cumprimentos:** Durante entrada ou saída da sala de consulta os participantes se cumprimentam com toques. Ex.: apertos de mão, abraços ou toques no cabelo, rosto ou alguma parte do corpo.
- 3. Contato visual:** Emissor está com o rosto direcionado para o rosto do receptor quando um deles está verbalizando para o outro.
- 4. Fica de frente para o outro na hora de falar:** Independente da distância dos comunicadores deve ser avaliado o quanto o emissor está com o corpo direcionado ao receptor facilitando assim a troca de comunicação.
- 5. Pessoas sentadas mais próximas:** Deve-se avaliar quem são as pessoas mais próximas no cenário da consulta, pois a distância pode dificultar a comunicação, seja porque os participantes não se ouvem muito bem ou porque a distância faz um dos receptores perceber que não está sendo incluído na comunicação.
- 6. Verbaliza claramente sobre o motivo da queixa:** O acompanhante ou o paciente verbaliza para o receptor sobre a queixa, como a duração dos sintomas e intensidade da dor ou o motivo que o levou a procurar os serviços de saúde. Ex.: “estou com dor na garganta”, “Ele tosse muito à noite”.
- 7. Pede mais informações sobre a queixa:** Algum participante pede mais esclarecimentos sobre o que foi verbalizado, pode ser o pediatra ou o acompanhante, ou

mesmo o paciente: Ex.: “Há quanto tempo você tosse?”, “Como é essa tosse meu filho?”, “Mãe você disse que estou com febre há quantos dias?”.

8. Solicita com palavras ou gestos que sejam realizadas ações: Um dos participantes solicita que o outro realize ações necessárias à consulta e/ou exame. Ex.: se sentar, abrir a boca, ou levantar um dos membros.

9. Realiza ações que foram solicitadas: Após a solicitação de uma ação, um dos participantes realiza o que foi pedido. Pode ocorrer verbalizações confirmatórias dessa ação. Ex: “Tá bom assim?”, “Preciso levantar mais a perna?”.

10. Solicita informações sobre características do paciente: Um dos participantes solicita ao(s) outro(s) informações sobre idade, peso, altura ou algo relacionado às características físicas do paciente.

11. Verbaliza informações sobre características do paciente: Um dos participantes verbaliza o que foi solicitado em relação às características físicas do paciente. Ex.: “Ele pesa 30 kilos”, “eu tenho 10 anos”, “ele mede 1,40cm”.

12. Solicita informações esclarecedoras: Um dos participantes ficou com dúvidas de alguma informação verbalizada ou mesmo quer confirmar o que ouviu e pede mais esclarecimentos. Ex.: “o que foi que meu filho tem?”, “isso que você falou que eu tenho é grave?”, “você disse que ele não deve ficar próximo de muitas pessoas, por quê?”.

13. Comunica informações detalhadas: Um emissor comunica ao outro(s) participante(s) informações com detalhes e de forma contextualizada sobre o que foi explicado, para facilitar o entendimento dos ouvintes. Ex.: “Ele tem herpes, que são bolhas inflamadas na boca”, “se parece com dor de cabeça forte, mas é enxaqueca”.

14. Tranquiliza o paciente e acompanhante diante da situação/doença: Um dos participantes tranquiliza o outro diante da situação de doença do paciente ou acerca de

alguma informação que o abalou emocionalmente. Ex.: “Vai ficar tudo bem com ele”, “mãe não se preocupe, vai acontecer o melhor sempre”, “meu filho fique calmo, vai dá tudo certo”.

15. Faz brincadeiras ou brinca com o paciente: Com a intenção de descontrair o ambiente que pode estar tenso ou porque sente que alguém está mais introspectivo, um dos participantes pode emitir brincadeiras com o outro: Ex.: médico fala algo engraçado ou desenha para o paciente, acompanhante brinca com o paciente para ele relaxar durante algum procedimento, médica brinca com o paciente e acompanhante para criar *rapport*.

16. Incentiva a fala do outro com palavras: Um dos participantes verbaliza estimulando que o outro fale e participe durante a consulta. Ex.: “diga você”, “esta informação é você quem tem que me responder”, “você que fala agora”.

17. Incentiva a fala do outro com gestos: Um dos participantes realiza algum movimento com o corpo ou face que incentive o outro ao falar. Ex: esticar os braços para direcionar a fala ao outro, ou sinalizar com os olhos e sorriso que gostaria que o outro falasse.

18. Realiza interrupção da fala do outro: Um dos participantes interrompe quando o(s) outro(s) está(ão) falando ou quando este inicia uma fala prejudicando a expressão do outro.

19. Verifica a compreensão do outro: O emissor verifica se o(s) receptor(es) compreendeu a informação que foi verbalizada durante a consulta. Ex.: “você entendeu?” “está tudo claro?” “ficou alguma dúvida?”.

20. Informa possibilidades de diagnósticos de forma clara: Um dos participantes comunica ao(s) outro(s) o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas. Ex.: “Você está com

rinite, com o nariz inflamado” e “Você está com dor de cabeça forte, chamada de enxaqueca”.

21. Fornece orientações e instruções: Um dos participantes fornece instruções e orientações para auxiliar o outro a tomar decisões ou quando seja necessário realizar algum procedimento. Ex: “Sugiro que você procure um especialista antes de dar alguma medicação a ela”, “você vai fazer um raio-x e depois eu passo os medicamentos”, “meu filho, você vai ter que se alimentar melhor”.

22. Realiza aconselhamentos: Um emissor direciona verbalizações que aconselham ao(s) outro(s) em relação a assuntos relacionados à consulta. Ex.: “talvez seja melhor vocês procurarem um especialista”, “Acho melhor não levá-lo à escola hoje”, “vocês decidem sobre a atividade física, mas natação seria ótimo para ele”.

23. Fala com linguagem infantilizada: O pediatra ou acompanhante se dirige a criança com uma linguagem infantil. Ex.: “É tão bonitinho o cabelo dele”, “você tem uma coçerinha no nariz, que parece como uma poerinha que fica dentro direto”, “tá sentindo alguma coisinha no corpo?”.

24. Utiliza nomes técnicos/ Jargões médicos: O pediatra verbaliza nomes técnicos ou jargões médicos. Ex: “Isto é um vírus herpético, que causa a herpes” e “Ele tem migrânea”.

25. Verbaliza assuntos aleatórios para socialização: Um dos participantes verbaliza assuntos externos à consulta, mas com o intuito de estabelecer *rapport*. Ex.: “Gosta de qual time de futebol?”, “Você está em que série? Está gostando da escola?”.

26. Demonstra aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz: Um dos participantes demonstra que concorda e aprova o comportamento ou a fala do(s) outro(s). Ex.: “muito

bem, você tem que comer essas coisas mesmo”, “isso mesmo mãe, continue dando a ele a medicação desse jeito”, “você está certa, pode continuar fazendo isso”.

27. Demonstra atenção à fala do outro: Emissor demonstra para seu(s) receptor(es) que está ouvindo e prestando atenção ao que está sendo dito. Ex.: “Sim, pode falar”, “estou lhe ouvindo”, “Ah isso que você falou é muito importante”.

28. Demonstra apoio ao outro: Um dos participantes dar apoio à outro em detrimento de alguma situação ocorrida durante a consulta ou verbalizada. Ex: “olha mãe, eu estou aqui para o que precisar, conte comigo”, “meu filho não se preocupe, eu cuidarei de você”.

29. Mostra preocupação com o outro: Um dos participantes se mostra preocupado em relação ao comportamento do outro ou à saúde. Ex.: “Estou preocupado com sua alimentação”, “estou preocupada, pois acho que você não deve mais ficar em um ambiente de poeira”.

30. Demonstra que compreende os sentimentos e reações do outro/empatia pelo outro: Um dos participantes se mostra empático à fala ou ao comportamento do(s) outro(s), entendendo os sentimentos e a situação que o outro está vivenciando e se colocando no lugar do outro. Ex.: “Entendo o que você está passando”, “Deve ser muito difícil mesmo passar por isso”, “eu sei que não é algo fácil de fazer”.

31. Emissão de elogios ao outro pelo que ele diz ou faz: É emitido por um dos participantes elogios direcionados a(os) outro(s) participante(s). Ex: “Você está muito bem”, “Ah que legal esse tênis que você está”.

32. Emissão de críticas ao outro pelo que ele diz ou faz: Um dos participantes verbaliza críticas ao outro por sua fala ou seu comportamento. Ex.: “Você está errada em

dar sempre para seu filho o que ele pede”, “Desse jeito você está atrapalhando a recuperação do seu filho”, “Meu filho, isso não é correto”.

33. Emissão de sorrisos ou risos para o outro: Um dos participantes emitem sorriso ou risos por motivos relacionados à consulta, seja pelo comportamento ou pela fala do(s) outro(s). Ex: A pediatra acha engraçado um comentário da mãe ou a criança rir com a fala do médico ou a acompanhante pode sorrir para criar empatia da médica.

34. Emissão de choro para demonstrar incômodo, dor, medo ou ansiedade: Um dos participantes chora por motivos relacionados à consulta, seja pelo comportamento ou pela fala do(s) outro(s). Ex: O paciente chora por algum incômodo ao ser tocado pela médica ou medo de algum instrumento manuseado durante o exame.

35. Emissão de pausa ou silêncio prolongado após fala: Codificar se o silêncio ocorre após uma fala como resposta a uma pergunta ou se este é pertinente para o momento, ou ainda, se representa algum significado emocional para quem permanece em silêncio.

36. Comunica procedimentos que serão realizados: Um dos participantes esclarece sobre o que está sendo executado ou comunica que procedimentos serão realizados durante a consulta. Ex.: “Olha, vou auscultar seu coração” e “Vou olhar seu ouvido”.

37. Pede que a criança se dirija a maca: Pediatra ou acompanhante pede que a criança se dirija à maca para iniciar o exame físico. Ex.: “Deite na maca que vou lhe examinar”, “Sente ali meu filho na cama que o médico vai olhar”. Pode ainda ser solicitado apenas com gestos quando um desses dois participantes aponta para a maca e olha na direção do paciente.

38. Explica que vai realizar exame: Pediatra avisa ao paciente ou acompanhante que irá começar a realizar o exame físico e direciona o paciente à maca. Ex.: “Vou lhe examinar agora”, “Vá para a maca vou examinar agora”.

39. Verbaliza os locais onde irá tocar: A pediatra ou acompanhante avisa ao paciente os locais onde irá tocá-lo durante a consulta ou durante o exame. Ex.: “filha, vou levantar a blusa para mostrar a mancha para a médica”, “vou apertar sua barriga para vermos onde dói”.

40. Verbaliza hipóteses diagnósticas durante o exame: Durante o exame a pediatra ou o acompanhante verbaliza as possibilidades de diagnóstico que acham pertinente com o quadro apresentado. Ex.: “Então doutora, é pano branco mesmo né”, “acho que ela está com rinite, pois quando aperto a face está cheia de líquido”.

41. Demonstra ansiedade/constrangimento durante exame: Paciente se sente constrangido por conta de algum comportamento ou verbalização emitida pela pediatra ou acompanhante durante o exame. Ex.: quando a médica tira a roupa do paciente e a deixa exposta por muito tempo, quando aperta em locais que gera dor ou constrangimento ou quando há comentários como “nossa já está muito gorda para a idade dela”, “já disse para ficar com o pescoço relaxado, assim você está atrapalhando o exame”.

42. Solicita informações durante o exame: Pediatra solicita informações para precisar o diagnóstico. Ex.: “Dói aqui?”, “É deste lado ou do outro que mais incomoda?” e “Sente algo aqui (nas costas)?”.

43. Solicita mais informações sobre o exame: Quando o paciente ou acompanhante solicita para a pediatra mais informações sobre o exame que ocorreu a poucos instantes. Ex.: “Então doutora você falou que esta dor está com o foco onde?”, “você disse que minha garganta está como?”.

44. Auxilia a criança a se vestir: Nos casos em que foi preciso despir o paciente, a acompanhante ou a pediatra auxilia o paciente a recompôr suas vestimentas.

45. Auxilia a criança a descer da maca: Em casos em que foi realizado exame físico na maca, a pediatra ou acompanhante auxilia o paciente a descer da maca após a finalização do exame.

46. Verbaliza de forma clara sobre o diagnóstico: A pediatra comunica ao paciente e/ou acompanhante o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas. Ex.: “você está com herpes”, “olha mãe, ele está com pneumonia”.

47. Solicita informações específicas sobre o diagnóstico: Acompanhante ou paciente solicita mais informações sobre o diagnóstico que foi informado. Ex.: “O que foi mesmo que a doutora falou que ele tinha?”, “isso que eu tenho é o que mesmo?”.

48. Verbaliza necessidade de mudança de hábitos de forma clara: Pediatra ou acompanhante informa ao paciente e/ou acompanhante a importância de mudar hábitos para alcançar o restabelecimento da saúde do paciente. Ex.: “Você terá que se alimentar de verduras e frutas” e “Você não vai poder tomar gelado”.

49. Solicita mais informações sobre mudança de hábitos: Acompanhante ou paciente solicita mais informações sobre a necessidade da mudança de hábito informada. Ex.: “Vou ter que comer mais o quê mesmo?”, “Você disse que ele não deve tomar o quê mesmo?”.

50. Comunica claramente necessidade de condutas terapêuticas: Pediatra relata ao acompanhante e/ou paciente sobre a necessidade de condutas que deverão ser realizadas para a melhora da saúde do paciente. Ex.: “Você vai ter que tomar injeção” e “Você terá que fazer exames”, “Ele vai ser medicado”, “Ele terá que fazer mais exames”.

51. Interrupções durante a consulta: Registrar se houve alguma interrupção durante a consulta que atrapalhou a interação dos participantes, como mudanças no ambiente como na luz, o celular que tocou ou a entrada de uma pessoa na sala de consulta.

52. Sala com móveis posicionados para facilitar a interação: Registrar se a presença dos móveis facilita ou não a interação, ou seja, se todos estão sentados na mesma altura, se há cadeiras para todos, entre outros.

53. Sala sem ruídos que dificultem a interação: Registrar se há barulhos presentes na sala ou no ambiente vizinho que atrapalham a consulta pelo fato dos participantes não se ouvirem normalmente.

54. Sala com iluminação que facilite a interação: Registrar se a iluminação da sala facilita ou dificulta a interação dos participantes na consulta, seja pela luz natural ou artificial.

55. Sala com temperatura que não dificulte a interação: Registrar se a temperatura da sala facilita ou dificulta a interação dos participantes na consulta, seja pelo frio excessivo ou pelo calor intenso.

56. O tempo de espera para atendimento: Registrar se o tempo de espera para o atendimento atrapalhou de alguma forma a consulta, seja porque os acompanhantes e pacientes parecem irritados com a demora e verbalizaram isto em algum momento.

57. O tempo adequado dos momentos (1º, 2º e 3º) da consulta: Registrar se a duração os três momentos da consulta foram adequados para a comunicação e satisfação dos envolvidos ou em algum momento o tempo foi insuficiente para as necessidades dos participantes.

**ANEXO E- QUESTIONÁRIOS PARA ELABORAÇÃO DA VERSÃO FINAL DO
SISTEMA DE ANÁLISE INTERACIONAL PARA TRÍADES – VERSÕES PARA
O PACIENTE, ACOMPANHANTE E PEDIATRA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Versão para Paciente Pediátrico)

Prezada criança,

Eu me chamo Lílian Meire de Oliveira e sou pesquisadora na Universidade de Brasília. No momento, estou estudando a comunicação entre médico, paciente pediátrico e acompanhante durante o atendimento.

Portanto, convido você a participar deste trabalho que tem a intenção de melhorar o atendimento que você recebe quando precisa ir ao médico. Para que isso seja possível, conversaremos um pouco sobre quais as coisas que você considera importantes ou não para que uma consulta seja boa para você. Esta conversa pode durar cerca de 20 minutos.

Nada do que você disser terá seu nome ou será visto por outra pessoa que não seja eu ou meus ajudantes de pesquisa e você poderá interromper nossa conversa quando quiser e caso você não queira participar, isso não mudará seu atendimento aqui.

Querendo falar comigo ou tirar alguma dúvida você pode ligar para: Lílian Meire de Oliveira pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este documento, que dá autorização para que façamos este trabalho, ficará uma cópia com você e outra comigo. Caso aceite nosso convite para participar deste estudo, assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos sua colaboração.

Nome do paciente/Assinatura: _____

Nome do responsável do paciente/Assinatura: _____

Nome da pesquisadora/Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de 2013.

Prezada criança,

Eu me chamo Lílian Meire de Oliveira e sou pesquisadora na Universidade de Brasília. No momento, estou estudando a comunicação entre médico, paciente pediátrico e acompanhante durante o atendimento.

Portanto, convido você a participar deste trabalho que tem a intenção de melhorar o atendimento que você recebe quando precisa ir ao médico. Para que isso seja possível, conversaremos um pouco sobre quais as coisas que você considera importantes ou não para que uma consulta seja boa para você. Esta conversa pode durar cerca de 20 minutos.

Nada do que você disser terá seu nome ou será visto por outra pessoa que não seja eu ou meus ajudantes de pesquisa e você poderá interromper nossa conversa quando quiser e caso você não queira participar, isso não mudará seu atendimento aqui.

Querendo falar comigo ou tirar alguma dúvida você pode ligar para: Lílian Meire de Oliveira pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este documento, que dá autorização para que façamos este trabalho, ficará uma cópia com você e outra comigo. Caso aceite nosso convite para participar deste estudo, assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos sua colaboração.

Nome do paciente/Assinatura: _____

Nome do responsável do paciente/Assinatura: _____

Nome da pesquisadora/Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de 2013.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DA TRIÁDE – PACIENTE PEDIÁTRICO

A comunicação na consulta com crianças deve ser muito boa para todos que estão no atendimento, seja você, seu acompanhante ou o médico. Desta forma, é muito importante saber qual é a sua opinião sobre alguns fatos que podem ocorrer ou não nas consultas. Você vai avaliar como sendo não importante, pouco importante ou muito importante cada um dos fatos lidos pelos pesquisadores. Para lhe ajudar a opinar, entregaremos a você uma ficha com as opções de avaliações, com carinhas e cores. Não se preocupe, pois não há respostas certas ou erradas. O importante é saber sua opinião para melhorar seu atendimento e por isso pedimos que você responda a todas as questões. **Obrigado por participar!**

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dizer oi?, tudo bem?, bom dia, boa tarde quando entrar na consulta..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Apertar a mão, tocar ou dar abraço quando entrar na consulta..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Olhar para a pessoa com quem falamos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Falar de forma fácil sobre o que você tem (Ex: estou com dor na garganta; ele tosse muito à noite)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Pedir mais informações sobre o que você tem (Ex: a tosse é seca ou com catarro?)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Pedir que se faça alguma coisa/ação (Ex: sente-se por favor; abra a boca)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Médico perguntar idade, peso, altura e dia de nascimento do paciente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Médico ou acompanhante dizer informações fáceis de entender (Ex: ele tem Rinite, parece uma gripe alérgica)... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Dizer para o outro que ele deve falar (Ex: diga você; você que tem que falar agora)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Fazer gestos para que o outro fale (Ex: levantar os olhos para que o outro fale; balançar a cabeça)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5	
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE	
11. Perguntar se o outro entendeu o que foi falado (Ex: você entendeu?; está tudo claro?; ficou alguma dúvida?)...	1	2	3	4	5
12. Dizer o que você tem de forma fácil de entender (Ex: você está com crises de dor de cabeça, que é enxaqueca).	1	2	3	4	5
13. Falar o que deve ser feito para saber melhor o que você tem (Ex: Fará um raio-X; deve procurar outro médico)..	1	2	3	4	5
14. Dizer dicas para ajudar você a melhorar (Ex: acho melhor você ficar em casa; talvez é bom fazer exercícios).....	1	2	3	4	5
15. Falar com você de forma infantil (Ex: remedinho amarginho; muito bonitinho o cabelo dele).....	1	2	3	4	5
16. Fazer brincadeiras ou brincar com você durante a consulta (Ex: médico fala algo engraçado ou desenha).....	1	2	3	4	5
17. Médico ou acompanhante tranquilizam você diante de sua situação/doença (Ex: falar que tudo vai ficar bem)..	1	2	3	4	5
18. Falar com você com uma fala cheio de nomes médicos (Ex: ele está com dermatite e rinite; é herpes zoster).....	1	2	3	4	5
19. Interromper a fala do outro (Ex: um dos participantes interrompe quando o outro está falando).....	1	2	3	4	5
20. Falar sobre coisas diferentes da consulta para se aproximar de você (Ex: gosta de qual time de futebol?).....	1	2	3	4	5
21. Mostrar que concorda com o que você diz ou faz	1	2	3	4	5
22. Dizer que tem atenção ao que o outro está falando (Ex: sim, pode falar; estou lhe ouvindo).....	1	2	3	4	5
23. Dizer que apoia ou ajuda o outro (Ex: conte comigo; eu estarei aqui).....	1	2	3	4	5
24. Dizer que se preocupa com o outro (Ex: estou preocupado com você; preocupo-me com sua alimentação).....	1	2	3	4	5
25. Entender os sentimentos ou reações dos outros (Ex: entendo o que você está sentindo).....	1	2	3	4	5
26. Dizer elogios (coisas boas) ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: você está; você é um menino inteligente).....	1	2	3	4	5
27. Dizer ao outro que o que ele diz ou faz está errado ou não é legal (Ex: é errado você comer coxinha sempre).....	1	2	3	4	5
28. Médico, acompanhante ou você sorrir e/ou rir para o outro na hora certa.....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE	
29. Médico, acompanhante ou você chorar quando sentir dor, medo ou algo estranho.....	1	2	3	4	5
30. Parar de falar ou fazer silêncio quando é preciso.....	1	2	3	4	5
31. O médico deve dizer o que vai fazer antes da consulta (Ex: vou escutar seu coração, examinar sua garganta).....	1	2	3	4	5
32. Ficar de frente para o outro na hora de falar (Ex: estar com o corpo direcionado para quem está falando).....	1	2	3	4	5
33. Médico, acompanhante ou paciente estarem sentados próximos um do outro durante a consulta.....	1	2	3	4	5
34. Explicar que vai fazer o exame em você (Ex: vou lhe examinar; vou realizar o exame e ver o que você tem).....	1	2	3	4	5
35. Falar os locais onde irá tocar (Ex: vou apertar sua barriga agora, vou tirar sua camisa).....	1	2	3	4	5
36. Você (paciente) mostrar que está nervoso ou com vergonha durante o exame.....	1	2	3	4	5
37. Pedir mais informações sobre o exame (Ex: é este lado que mais incomoda?; está doendo aqui?).....	1	2	3	4	5
38. Ajudar você a se vestir após o exame	1	2	3	4	5
39. Ajudar você a descer da maca após exame ou consulta.....	1	2	3	4	5
40. Falar informações sobre o que o médico acha após o exame físico (Ex: a garganta está inflamada).....	1	2	3	4	5
41. Pedir mais informações sobre o quê que o médico acha após o exame físico (Ex: minha garganta está como?)...	1	2	3	4	5
42. Falar de forma fácil sobre qual a doença que você tem (Ex: você está com herpes; ele está com pneumonia).....	1	2	3	4	5
43. Pedir mais informações sobre o que você tem (Ex: o que pode ter causado essa pneumonia?).....	1	2	3	4	5
44. Dizer que é necessário mudar algumas coisas no seu dia-a-dia para você melhorar (Ex: deixe de comer fritura).	1	2	3	4	5
45. Pedir mais informações sobre o que você tem que mudar no seu dia-a-dia (Ex: o quê não posso mais comer?)...	1	2	3	4	5
46. Falar de forma fácil o tratamento que você tem que fazer para melhorar (Ex: tomar xarope de 6 em 6 horas).....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

47. Não ocorrer interrupções durante a consulta (Ex: outra pessoa da instituição entra e fala sobre outros assuntos)..1	2	3	4	5
48. Consulta em sala com móveis posicionados para facilitar a comunicação (Ex: cadeiras próximas).....1	2	3	4	5
49. Consulta em sala sem ruídos que dificultem a comunicação (Ex: sem haver barulhos de conversas externas).....1	2	3	4	5
50. Consulta em sala com iluminação que facilite a comunicação (Ex: sem estar muito claro ou escuro)..... 1	2	3	4	5
51. Consulta em sala com temperatura que não dificulte a comunicação (Ex: sem estar muito quente ou frio).....1	2	3	4	5
52. Tempo de espera não ser muito longo para receber atendimento..... 1	2	3	4	5
53. Consulta com tempo suficiente para receber e ouvir o que você e sua mãe tem a dizer (Ex: falar e ser ouvido)... 1	2	3	4	5
54. Consulta com tempo suficiente para fazer o exame físico em você com calma..... 1	2	3	4	5
55. Consulta com tempo suficiente para falar o que você tem e como pode melhorar (Ex: explicar com calma)..... 1	2	3	4	5
56. Consulta com tempo suficiente para tirar dúvidas durante o atendimento..... 1	2	3	4	5
57. Consulta com tempo suficiente para que todos sejam ouvidos e fale o que quiserem.....1	2	3	4	5

Gostaria de falar outras coisas que você acha importante para melhorar a consulta?

DADOS PESSOAIS:

Sexo: () F () M

Idade: _____ Escolaridade: _____

Diagnóstico _____ Cidade: _____

Local onde está sendo entrevistado: _____

Agradecemos sua participação!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Versão para Acompanhante do Paciente)

Prezado acompanhante,

Convido-o (a) a participar da pesquisa de Doutorado, que tem por objetivo: elaborar e validar um instrumento que avalie a interação entre médico, paciente pediátrico e acompanhante (tríade) no atendimento pediátrico. O estudo é realizado por Lílian Meire de Oliveira, psicóloga e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Universidade de Brasília. Para que o objetivo da pesquisa seja alcançado, será solicitado que você responda um questionário contendo uma lista de aspectos que devem ser avaliados como importantes ou não para se alcançar uma consulta com qualidade. Estima-se que este questionário seja respondido em cerca de 20 minutos.

Caso você não queira participar, o atendimento do seu filho(a) nesta unidade de saúde não será prejudicado. Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada e os resultados serão divulgados quando a Tese de Doutorado for publicada, sem identificar os participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida pode ser esclarecida pelo telefone (61) 3325-4955. Você também pode entrar em contato pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido em duas vias, uma será da pesquisadora e outra será entregue à você. Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa, por favor assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do acompanhante/Assinatura: _____

Nome da pesquisadora/Assinatura: _____
Brasília, _____ de _____ de 2013.

Prezado acompanhante,

Convido-o (a) a participar da pesquisa de Doutorado, que tem por objetivo: elaborar e validar um instrumento que avalie a interação entre médico, paciente pediátrico e acompanhante (tríade) no atendimento pediátrico. O estudo é realizado por Lílian Meire de Oliveira, psicóloga e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Universidade de Brasília. Para que o objetivo da pesquisa seja alcançado, será solicitado que você responda um questionário contendo uma lista de aspectos que devem ser avaliados como importantes ou não para se alcançar uma consulta com qualidade. Estima-se que este questionário seja respondido em cerca de 20 minutos.

Caso você não queira participar, o atendimento do seu filho(a) nesta unidade de saúde não será prejudicado. Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada e os resultados serão divulgados quando a Tese de Doutorado for publicada, sem identificar os participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida pode ser esclarecida pelo telefone (61) 3325-4955. Você também pode entrar em contato pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido em duas vias, uma será da pesquisadora e outra será entregue à você. Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa, por favor assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do acompanhante/Assinatura: _____

Nome da pesquisadora/Assinatura: _____

Brasília, _____ de _____ de 2013.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DA TRIÁDE – VERSÃO ACOMPANHANTE

A comunicação na consulta pediátrica deve ser satisfatória para todos os envolvidos no atendimento, seja paciente, acompanhante ou médico. Desta forma, é muito importante conhecer qual é a sua opinião sobre os aspectos que estão inseridos nas consultas, conhecendo quais deles são avaliados como não importante, pouco importante ou muito importante para se atingir uma consulta satisfatória. Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor a sua opinião sobre cada um dos aspectos que contemplam uma consulta, podendo marcar com um X ou um círculo o número que for a sua resposta. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é sua opinião e por isso, pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. **Obrigado por participar!**

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Usar saudações/cumprimentos verbais (Ex: oi?; tudo bem?; bom dia; boa tarde)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Usar toques de cumprimentos (Ex: aperto de mão; abraço)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Fazer contato visual com quem se fala (Ex: olhar na direção de quem fala)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Falar claramente sobre a queixa (Ex: estou com dor na garganta; ele tosse muito à noite; fui no posto de saúde)...1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Pedir mais informações sobre a queixa para conhecer melhor a situação (Ex: a tosse é seca ou com secreção?).... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Pedir que seja realizada alguma ação (Ex: sente-se por favor; abra a boca).....1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Pedir informações claras sobre características físicas do paciente (Ex: idade, peso, altura, data de nascimento).... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Comunicar informações detalhadas (Ex: ele tem Rinite, parece uma gripe alérgica)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Incentivar a fala do outro com palavras (Ex: diga você; você que tem que falar agora)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Incentivar a fala do outro com gestos (Ex: levantar os olhos para que o outro fale; balançar a cabeça).....1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5	
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE	
11. Verificar a compreensão do outro (Ex: você entendeu?; está tudo claro?; ficou alguma dúvida?).....	1	2	3	4	5
12. Informar possibilidades de diagnósticos de forma clara (Ex: Ele está com crise de dor de cabeça, é enxaqueca).	1	2	3	4	5
13. Fornecer orientações e instruções técnicas (Ex: é preciso um raio-X; você terá que procurar um especialista)....	1	2	3	4	5
14. Realizar aconselhamentos (Ex: acho melhor ele ficar em casa; talvez fosse bom fazer exercícios).....	1	2	3	4	5
15. Falar com linguagem infantilizada (Ex: medinho amarginho; muito bonitinho o cabelo dele).....	1	2	3	4	5
16. Fazer brincadeiras ou brincar com o paciente durante a consulta (Ex: médico fala algo engraçado ou desenha)...	1	2	3	4	5
17. Tranquilizar o paciente diante de sua situação/doença (Ex: falar que tudo vai ficar bem, que tenha calma).....	1	2	3	4	5
18. Utilizar linguagem médica/termos técnicos (Ex: ele está com dermatite e rinite; é herpes zoster).....	1	2	3	4	5
19. Interromper a fala do outro (Ex: um dos participantes interrompe quando o outro está falando).....	1	2	3	4	5
20. Falar assuntos não relacionados à consulta para manter contato com outro (Ex: gosta de qual time de futebol?)..	1	2	3	4	5
21. Demonstrar aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: muito bem; você está certo).....	1	2	3	4	5
22. Ser atencioso à fala do outro (Ex: sim, pode falar; estou lhe ouvindo).....	1	2	3	4	5
23. Demonstrar apoio ao outro (Ex: conte comigo; eu estarei aqui).....	1	2	3	4	5
24. Demonstrar preocupação com o outro (Ex: estou preocupado com você; preocupo-me com sua alimentação).....	1	2	3	4	5
25. Compreender os sentimentos ou reações dos outros/ter empatia (Ex: entendo o que você está sentindo).....	1	2	3	4	5
26. Fazer elogios ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: você está muito bem; você é um menino inteligente).....	1	2	3	4	5
27. Fazer críticas ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: dizer que está errado deixar a criança comer o que quiser)....	1	2	3	4	5
28. Médico, acompanhante ou paciente sorrir e/ou rir para o outro na hora certa.....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE	
29. Médico, acompanhante ou paciente chorar para demonstrar incômodo, dor, medo ou ansiedade.....	1	2	3	4	5
30. Fazer pausa ou silêncio quando necessário.....	1	2	3	4	5
31. Comunicar procedimentos que serão realizados (Ex: vou escutar seu coração, examinar sua orelha e garganta)..	1	2	3	4	5
32. Ficar de frente para o outro na hora de falar (Ex: estar com o corpo direcionado para quem está falando).....	1	2	3	4	5
33. Médico, acompanhante ou paciente estarem sentados próximos um do outro durante a consulta.....	1	2	3	4	5
34. Explicar que vai realizar exame no paciente (Ex: vou lhe examinar; vou realizar exame no paciente).....	1	2	3	4	5
35. Falar os locais onde irá tocar (Ex: vou apertar sua barriga agora, vou tirar sua camisa).....	1	2	3	4	5
36. Paciente demonstrar nervosismo ou constrangimento durante exame.....	1	2	3	4	5
37. Pedir mais informações sobre o exame (Ex: é este lado que mais incomoda?; está doendo aqui?).....	1	2	3	4	5
38. Ajudar a criança a se vestir após o exame	1	2	3	4	5
39. Ajudar a criança a descer da maca após exame ou consulta.....	1	2	3	4	5
40. Falar informações sobre o resultado do exame físico (Ex: a garganta está inflamada; está inchado o braço).....	1	2	3	4	5
41. Pedir esclarecimentos sobre resultado do exame físico (Ex: Doutor, como está a garganta dele?).....	1	2	3	4	5
42. Falar de forma clara sobre o diagnóstico (Ex: você está com herpes; ele está com pneumonia).....	1	2	3	4	5
43. Pedir mais informações específicas sobre o diagnóstico (Ex: o que pode ter causado essa pneumonia?).....	1	2	3	4	5
44. Orientar necessidade de mudanças na rotina diária de forma clara (Ex: você terá que deixar de comer fritura)....	1	2	3	4	5
45. Solicitar mais informações sobre mudanças na rotina diária (Ex: Doutor, o quê que ele não pode mais comer?)..	1	2	3	4	5
46. Falar claramente como deve ser realizado o tratamento (Ex: vai ter que tomar comprimidos de 6 em 6 horas)....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

47. Não haver interrupções durante a consulta (Ex: outra pessoa da instituição entrar e falar sobre outros assuntos).	1	2	3	4	5
48. Consulta em sala com móveis posicionados para facilitar a comunicação (Ex: cadeiras próximas).....	1	2	3	4	5
49. Consulta em sala sem ruídos que dificultem a comunicação (Ex: sem haver barulhos de conversas externas).....	1	2	3	4	5
50. Consulta em sala com iluminação que facilite a comunicação (Ex: sem estar muito claro ou escuro).....	1	2	3	4	5
51. Consulta em sala com temperatura que não dificulte a comunicação (Ex: sem estar muito quente ou frio).....	1	2	3	4	5
52. Tempo de espera não ser muito longo para receber atendimento.....	1	2	3	4	5
53. Consulta com tempo suficiente para acolher e ouvir a queixa (Ex: falar o que sente e se sentir ouvido).....	1	2	3	4	5
54. Consulta com tempo suficiente para realizar exame físico (Ex: examinar cuidadosamente a criança).....	1	2	3	4	5
55. Consulta com tempo suficiente para falar do diagnóstico e tratamento (Ex: explicar correta e cuidadosamente)..	1	2	3	4	5
56. Consulta com tempo suficiente para esclarecer dúvidas durante o atendimento (Ex: ouvir dúvidas).....	1	2	3	4	5
57. Consulta com tempo suficiente para que todos sejam ouvidos em suas necessidades, ansiedades e desejos.....	1	2	3	4	5

Gostaria de indicar algum outro aspecto na consulta que considera importante para atingir uma satisfação no atendimento?

DADOS PESSOAIS:

Sexo: () F () M Idade: _____ Escolaridade: _____
 Relação de parentesco com o paciente _____ Cidade: _____
 Local onde está sendo entrevistado: _____

Agradecemos sua participação!

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Médicos

Prezado(a) Dr.(a),

Convido-o (a) a participar da pesquisa de Doutorado, que tem por objetivo: elaborar e validar um instrumento que avalie a interação entre médico, paciente pediátrico e acompanhante (tríade) em consultas pediátricas. O estudo será realizado pela pesquisadora Lílian Meire de Oliveira, psicóloga e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Universidade de Brasília. Para que o objetivo seja alcançado, será solicitado que você responda um questionário contendo uma lista de aspectos que devem ser avaliados como importantes ou não para se alcançar uma consulta com qualidade. Estima-se que este questionário seja respondido em cerca de 20 minutos.

Caso não concorde em participar, não haverá prejuízo para sua atuação profissional. Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada e os resultados serão divulgados quando a referida Tese de Doutorado for publicada, sem nomear os participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida, pode ser esclarecida pelo telefone (61) 3325-4955. Você também pode entrar conosco pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido em duas vias, uma será mantida com a pesquisadora e outra será entregue ao participante.

Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa, solicitamos que assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do profissional/Assinatura: _____

Nome da pesquisadora/Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de 2013.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Médicos

Prezado(a) Dr.(a),

Convido-o (a) a participar da pesquisa de Doutorado, que tem por objetivo: elaborar e validar um instrumento que avalie a comunicação entre médico, paciente pediátrico e acompanhante (tríade) em consultas pediátricas. O estudo será realizado pela pesquisadora Lílian Meire de Oliveira, psicóloga e doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Universidade de Brasília. Para que o objetivo seja alcançado, será solicitado que você responda um questionário contendo uma lista de aspectos que devem ser avaliados como importantes ou não para se alcançar uma consulta com qualidade. Estima-se que este questionário seja respondido em cerca de 20 minutos.

Caso não concorde em participar, não haverá prejuízo para sua atuação profissional. Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada e os resultados serão divulgados quando a referida Tese de Doutorado for publicada, sem nomear os participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida, pode ser esclarecida pelo telefone (61) 3325-4955. Você também pode entrar conosco pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido em duas vias, uma será mantida com a pesquisadora e outra será entregue ao participante.

Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa, solicitamos que assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do profissional/Assinatura: _____

Nome da pesquisadora/Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de 2013.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DA TRIÁDE – PEDIATRA

A comunicação na consulta pediátrica deve ser satisfatória para todos os envolvidos no atendimento, seja paciente, acompanhante ou médico. Desta forma, é muito importante conhecer qual é a sua opinião sobre os aspectos que estão inseridos nas consultas, conhecendo quais deles são avaliados como não importante, pouco importante ou muito importante para se atingir uma consulta satisfatória. Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor a sua opinião sobre cada um dos aspectos que contemplam uma consulta, podendo marcar com um X ou um círculo o número que for a sua resposta. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é sua opinião e por isso, pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. **Obrigado por participar!**

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Usar saudações/cumprimentos verbais (Ex: oi?; tudo bem?; bom dia; boa tarde)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Usar toques de cumprimentos (Ex: aperto de mão; abraço)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Fazer contato visual com quem se fala (Ex: olhar na direção de quem fala)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Falar claramente sobre a queixa (Ex: estou com dor na garganta; ele tosse muito à noite, fui ao posto de saúde)... 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Pedir mais informações sobre a queixa para conhecer melhor a situação (Ex: a tosse é seca ou com secreção?).... 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Pedir que seja realizada alguma ação (Ex: sente-se por favor; abra a boca).....1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Pedir informações claras sobre características do paciente (Ex: idade, peso, altura, data de nascimento)..... 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Comunicar informações detalhadas (Ex: ele tem Rinite, parece uma gripe alérgica)..... 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Incentivar a fala do outro com palavras (Ex: diga você; você que tem que falar agora)..... 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Incentivar a fala do outro com gestos (Ex: levantar os olhos para que o outro fale; balançar a cabeça).....1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5	
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE	
11. Verificar a compreensão do outro (Ex: você entendeu?; está tudo claro?; ficou alguma dúvida?).....	1	2	3	4	5
12. Informar possibilidades de diagnósticos de forma clara (Ex: é enxaqueca, que é uma crise de dor de cabeça)....	1	2	3	4	5
13. Fornecer orientações e instruções técnicas (Ex: é preciso um raio-X; você terá que procurar um especialista)...	1	2	3	4	5
14. Realizar aconselhamentos (Ex: acho melhor ele ficar em casa; talvez fosse bom começar a fazer exercícios).....	1	2	3	4	5
15. Falar com linguagem infantilizada (Ex: remedinho amarginho; muito bonitinho o cabelo dele).....	1	2	3	4	5
16. Fazer brincadeiras ou brincar com o paciente durante a consulta (Ex: médico fala algo engraçado ou desenha)...	1	2	3	4	5
17. Tranquilizar o paciente diante de sua situação/doença (Ex: falar que tudo vai ficar bem, que tenha calma).....	1	2	3	4	5
18. Utilizar linguagem médica/termos técnicos (Ex: ele está com dermatite e rinite; é herpes zoster).....	1	2	3	4	5
19. Interromper a fala do outro (Ex: um dos participantes interrompe quando o outro está falando).....	1	2	3	4	5
20. Falar assuntos não relacionados à consulta para manter contato com outro (Ex: gosta de qual time de futebol?)..	1	2	3	4	5
21. Demonstrar aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: muito bem; você está certo).....	1	2	3	4	5
22. Ser atencioso à fala do outro (Ex: sim, pode falar; estou lhe ouvindo).....	1	2	3	4	5
23. Demonstrar apoio ao outro (Ex: conte comigo; eu estarei aqui).....	1	2	3	4	5
24. Demonstrar preocupação com o outro (Ex: estou preocupado com você; preocupo-me com sua alimentação).....	1	2	3	4	5
25. Compreender os sentimentos ou reações dos outros/ter empatia (Ex: entendo o que você está sentindo).....	1	2	3	4	5
26. Fazer elogios ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: você está muito bem; você é um menino inteligente).....	1	2	3	4	5
27. Fazer críticas ao outro pelo que ele diz ou faz (Ex: mãe está muito errado você deixar ele comer o quiser).....	1	2	3	4	5
28. Médico, acompanhante ou paciente sorrir e/ou rir para o outro na hora certa.....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

29. Médico, acompanhante ou paciente chorar para demonstrar incômodo, dor, medo ou ansiedade.....	1	2	3	4	5
30. Fazer pausa ou silêncio quando necessário.....	1	2	3	4	5
31. Comunicar procedimentos que serão realizados (Ex: vou escutar seu coração, examinar sua orelha e garganta)..	1	2	3	4	5
32. Ficar de frente para o outro na hora de falar (Ex: estar com o corpo direcionado para quem está falando).....	1	2	3	4	5
33. Médico, acompanhante ou paciente estarem sentados próximos um do outro durante a consulta.....	1	2	3	4	5
34. Explicar que vai realizar exame no paciente (Ex: vou lhe examinar; vou realizar exame no paciente).....	1	2	3	4	5
35. Falar os locais onde irá tocar (Ex: vou apertar sua barriga agora, vou tirar sua camisa).....	1	2	3	4	5
36. Paciente demonstrar nervosismo/constrangimento durante exame.....	1	2	3	4	5
37. Pedir mais informações sobre o exame (Ex: é este lado que mais incomoda?; está doendo aqui?).....	1	2	3	4	5
38. Ajudar a criança a se vestir após o exame	1	2	3	4	5
39. Ajudar a criança a descer da maca após exame ou consulta.....	1	2	3	4	5
40. Falar informações sobre o resultado do exame físico (Ex: a garganta está inflamada; está inchado o braço).....	1	2	3	4	5
41. Pedir esclarecimentos sobre resultado do exame físico (Ex: Doutor como está a garganta dele?).....	1	2	3	4	5
42. Falar de forma clara sobre o diagnóstico (Ex: você está com herpes; ele está com pneumonia).....	1	2	3	4	5
43. Pedir mais informações específicas sobre o diagnóstico (Ex: o que pode ter causado essa pneumonia?).....	1	2	3	4	5
44. Orientar necessidade de mudanças na rotina diária de forma clara (Ex: você terá que deixar de comer fritura)....	1	2	3	4	5
45. Solicitar mais informações sobre mudanças na rotina diária (Ex: Doutor, o quê eu não posso mais comer?)	1	2	3	4	5
46. Falar claramente como deve ser realizado o tratamento (Ex: vai ter que tomar comprimidos de 6 em 6 horas)....	1	2	3	4	5
47. Não haver interrupções durante a consulta (Ex: outra pessoa da instituição entrar e falar sobre outros assuntos). 1	2	3	4	5	

1	2	3	4	5
NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE

48. Consulta em sala com móveis posicionados para facilitar a comunicação (Ex: cadeiras próximas).....	1	2	3	4	5
49. Consulta em sala sem ruídos que dificultem a comunicação (Ex: sem haver barulhos de conversas externas).....	1	2	3	4	5
50. Consulta em sala com iluminação que facilite a comunicação (Ex: sem estar muito claro ou escuro).....	1	2	3	4	5
51. Consulta em sala com temperatura que não dificulte a comunicação (Ex: sem estar muito quente ou frio).....	1	2	3	4	5
52. Tempo de espera não ser muito longo para receber atendimento.....	1	2	3	4	5
53. Consulta com tempo suficiente para acolher e ouvir a queixa (Ex: falar o que sente e se sentir ouvido).....	1	2	3	4	5
54. Consulta com tempo suficiente para realizar exame físico (Ex: examinar cuidadosamente a criança).....	1	2	3	4	5
55. Consulta com tempo suficiente para falar do diagnóstico e tratamento (Ex: explicar correta e cuidadosamente)..	1	2	3	4	5
56. Consulta com tempo suficiente para esclarecer dúvidas durante o atendimento (Ex: ouvir dúvidas).....	1	2	3	4	5
57. Consulta com tempo suficiente para que todos sejam ouvidos em suas necessidades, ansiedades e desejos.....	1	2	3	4	5

Gostaria de indicar algum outro aspecto na consulta que considera importante para atingir uma satisfação no atendimento?

DADOS PESSOAIS:






Sexo: () F () M Idade: _____ Especialidade médica: _____

Tempo de formação: _____ Tempo na instituição: _____

Local onde está sendo entrevistado: _____

Agradecemos sua participação!

ANEXO F - ESCALA DE RESPOSTAS PARA OS QUESTIONÁRIOS

NÃO ACHO IMPORTANTE	ACHO POUCO IMPORTANTE	ACHO IMPORTANTE ÀS VEZES	ACHO IMPORTANTE	ACHO MUITO IMPORTANTE
				

Comportamentos observados	Respostas Interacionais								
	Médico			Paciente			Acompanhante		
	P	Ambos	A	M	Ambos	A	P	Ambos	M
23. Fala assuntos não relacionados à consulta para se aproximar do outro									
24. Demonstra aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz									
25. É atencioso à fala do outro									
26. Demonstra apoio ao outro									
27. Demonstra preocupação com o outro									
28. Compreende os sentimentos ou reações do outro/tem empatia									
29. Faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz									
30. Faz críticas ao outro pelo que ele diz ou faz									
31. Sorri e/ou ri para o outro									
32. Comunica procedimentos que serão realizados									
Aspectos não comportamentais	Respostas								
33. Ocorrem interrupções durante essa fase da consulta	SIM () Quantas? _____				NÃO ()				
34. Posição dos móveis dificulta a comunicação	SIM ()				NÃO ()				
35. Ruídos da sala dificultam a comunicação nessa fase	SIM ()				NÃO ()				
36. A iluminação da sala dificulta a comunicação nessa fase	SIM ()				NÃO ()				
37. A temperatura da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()				NÃO ()				
38. Tempo de espera dificultou a comunicação no atendimento	SIM ()				NÃO ()				
39. Tempo da consulta neste momento dificultou a comunicação	SIM ()				NÃO ()				
Outros comportamentos: colocar aqui comportamentos que apareceram e não estão listados nas categorias									

Comportamentos observados	Respostas Interacionais								
	<div>Médico</div> <div> <div>P</div> <div>Ambos</div> <div>A</div> </div>			<div>Paciente</div> <div> <div>M</div> <div>Ambos</div> <div>A</div> </div>			<div>Acompanhante</div> <div> <div>P</div> <div>Ambos</div> <div>M</div> </div>		
25. É atencioso à fala do outro									
26. Demonstra apoio ao outro									
27. Demonstra preocupação com o outro									
28. Compreende os sentimentos ou reações do outro/tem empatia									
29. Faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz									
30. Faz críticas ao outro pelo que ele diz ou faz									
31. Sorri e/ou ri para o outro									
32. Usa saudações/cumprimentos verbais de despedida									
33. Usa toques de cumprimentos de despedida									
Aspectos não comportamentais	Respostas								
34. Ocorrem interrupções durante esta fase da consulta	SIM () Quantas? _____						NÃO ()		
35. Posição dos móveis dificulta a comunicação	SIM ()						NÃO ()		
36. Ruídos da sala dificultam a comunicação nesta fase	SIM ()						NÃO ()		
37. A iluminação da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()						NÃO ()		
38. A temperatura da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()						NÃO ()		
39. O tempo da consulta neste momento dificultou a comunicação	SIM ()						NÃO ()		
Outros comportamentos: colocar aqui comportamentos que apareceram e não estão listados nas categorias									

ANEXO H- SISTEMA DE ANÁLISE INTERACIONAL PARA TRIÁDES BREVE (SAIT-Breve)

1º MOMENTO: ACOLHIMENTO E INVESTIGAÇÃO DA QUEIXA

Comportamentos observados	Respostas Interacionais								
	Médico			Paciente			Acompanhante		
	P	Ambos	A	M	Ambos	A	P	Ambos	M
1. Usa toques de cumprimentos iniciais									
2. Comunica claramente sobre a queixa									
3. Pede mais informações sobre a queixa									
4. Comunica informações esclarecedoras/ detalhadas									
5. Faz brincadeiras ou brinca com o paciente									
6. Informa possibilidades de diagnósticos									
7. Utiliza linguagem infantilizada									
8. Fala assuntos não relacionados à consulta para se aproximar do outro									
9. Demonstra aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz									
10. Demonstra apoio ao outro									
11. Faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz									
12. Comunica procedimentos que serão realizados									
Aspectos não comportamentais	Respostas								
13. Ruídos da sala dificultam a comunicação nessa fase	SIM ()			NÃO ()					
14. A iluminação da sala dificulta a comunicação nessa fase	SIM ()			NÃO ()					
15. A temperatura da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()			NÃO ()					
16. Tempo de espera dificultou a comunicação no atendimento	SIM ()			NÃO ()					
17. Tempo da consulta neste momento dificultou a comunicação	SIM ()			NÃO ()					
Outros comportamentos: colocar aqui comportamentos que apareceram e não estão listados nas categorias									

3º MOMENTO: FORMULAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E ELABORAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Comportamentos observados	Respostas Interacionais								
	Médico			Paciente			Acompanhante		
	P	Ambos	A	M	Ambos	A	P	Ambos	M
1. Comunica informações sobre resultado do exame físico									
2. Comunica sobre o diagnóstico do paciente									
3. Pede mais informações sobre o diagnóstico									
4. Comunica informações esclarecedoras/ detalhadas									
5. Faz brincadeiras ou brinca com o paciente									
6. Orienta sobre necessidade de mudanças de rotina									
7. Pede mais informações sobre mudanças de rotina									
8. Utiliza linguagem infantilizada									
9. Fala assuntos não relacionados à consulta para se aproximar do outro									
10. Demonstra aprovação ao outro pelo que ele diz ou faz									
11. Demonstra apoio ao outro									
12. Faz elogios ao outro pelo que ele diz ou faz									
Aspectos não comportamentais	Respostas								
13. Ruídos da sala dificultam a comunicação nesta fase	SIM ()			NÃO ()					
14. A iluminação da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()			NÃO ()					
15. A temperatura da sala dificulta a comunicação nesta fase	SIM ()			NÃO ()					
16. O tempo da consulta neste momento dificultou a comunicação	SIM ()			NÃO ()					
Outros comportamentos: colocar aqui comportamentos que apareceram e não estão listados nas categorias									